

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE MEDICINA



TESIS DOCTORAL

Historia de la neurología clínica española : 1882-1936

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR

José María Izquierdo Rojo

DIRECTOR:

Pedro Laín Entralgo

Madrid, 2015

R. 566.663

DE 516.8(460)C091 "1882/1936"
IZQ

JOSE M.^a IZQUIERDO ROJO

BIBLIOTECA UCM



5305377122

HISTORIA DE LA NEUROLOGIA CLINICA ESPAÑOLA (1882-1936)

Trabajo presentado como tesis doctoral

Catedrático director: Prof. Dr. D. PEDRO LAIN ENTRALGO



Biblioteca
de Medicina

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE - MADRID
CATEDRA DE HISTORIA DE LA MEDICINA

INDICE GENERAL

	<u>Págs.</u>
Nota previa	9
Prólogo	11
Introducción	15

PRIMERA PARTE

«NEUROLOGIA DE FINALES DEL SIGLO XIX»	19
I.-EL SABER NEUROLOGICO DEL MEDICO ESPAÑOL DE FINALES DE SIGLO	19
A) Generalidades	19
B) Etiopatogenia	20
C) Clínica	23
D) Terapéutica	25
E) Precursores	27
II.-PRIMERA ESCUELA DE NEUROLOGIA: LUIS BARRAQUER ROVIRALTA (1855-1928)	40
A) Biografía	40
B) Obra	48

SEGUNDA PARTE

«NEUROLOGIA DEL COMIENZO DEL SIGLO XX»	65
I.-GENERALIDADES	65
II.-ESCUELA DE MADRID	67
A) Características	67
B) Neurólogos	72

	Págs.
Simarro	73
Achúcarro	74
Lafora	77
Villaverde	112
Sanchís Banús	124
Fernández Sanz	130
Raúl de Montaud	136
III.-ESCUELA DE BARCELONA	150
A) Características	150
B) Neurólogos	155
Barraquer Ferré	155
Rodríguez Arias	176
Subirana Oller	204
IV.-OTRAS ESCUELAS Y OTROS NEUROLOGOS EN PRO-	
 VINCIAS	216
Bilbao, Santander: López Albo	216
Santander: Aldama y otros	234
Valladolid	238
Zaragoza	241
Murcia	243
Bilbao	245
Otras provincias	246

TERCERA PARTE

«CONTRIBUCION DE OTROS ESPECIALISTAS A LA	
NEUROLOGIA CLINICA»	253
I.-MEDICINA INTERNA	253
II.-ESPECIALIDADES MEDICAS Y QUIRURGICAS	270
A) Pediatría	271
B) Cirugía General	273
C) Oftalmología	273
D) Sifilografía	274
E) Epidemiología	276
F) Otras	277
III.-MEDICINA GENERAL	278

NOTA PREVIA

Durante la redacción de este estudio, he recordado en múltiples ocasiones las enseñanzas de los que fueron mis maestros en la Neurología clínica, quirúrgica e histórica.

Pocos placeres intelectuales tan agradables y serenos como el de hacer patente el agradecimiento a los que me enseñaron el Arte, y si Hipócrates aconseja tratar a sus hijos como a nuestros hermanos, nada más lógico que concederles a ellos idéntico respeto y gratitud que a nuestros progenitores, pues si los padres nos alumbran para la ciencia de la vida, los maestros nos iluminan en la vida de la ciencia.

Vaya pues mi agradecimiento filial a los Doctores: Albarracín, Derôme, Dierssen, Fernández Marcos, García Blázquez, Guiot, Klingler, Kurze, Laín Entralgo, Obrador, Parera, Pérez Casas, Pudenz, Rand, Rougerie y Vila.

No basta, sin embargo, para la elaboración de un libro, con el esfuerzo y la dedicación del autor. Los factores técnicos, cada día más complejos, son vitales para la consecución de la obra impresa. En este orden técnico mi agradecimiento comienza dirigiéndose a Ramón Rojo Oviş, impresor experto y profundo conocedor del noble arte tipográfico, siendo ya numerosos los libros que a él y a sus colaboradores de «Gráficas Summa» deben la perfección de su stampa y su misma existencia.

A mi abuelo Ramón Rojo Sanjosé por su labor iniciadora de la empresa que hoy permite que este libro vea la luz y a mi hermana María Luz Izquierdo, fundador y colaboradora respectivamente de

«Gráficas Summa», debo también expresarles mi sincero agradecimiento.

No quisiera terminar estas líneas sin mencionar una vez más este sentimiento de gratitud, proyectado en esta ocasión con tres diferentes matices.

Primeramente hacia mi esposa M.^a Luisa Millán, por su comprensión y ayuda.

En segundo lugar, hacia los numerosos colegas y amigos que me suministraron información oral, de primera mano y de primera calidad, como don Belarmino Rodríguez Arias, don Horacio López Albo, don Luis Barraquer Bordás, don Abilio García Barón y don Sixto Obrador.

Por último, hacia la cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense, sin cuya sabia y siempre amable guía, me hubiera sido imposible dar cima al estudio que aquí se inicia.

PROLOGO

José María Izquierdo Rojo es un joven y ya bien formado neurocirujano que desde el comienzo de su especialización ha demostrado un singular y poco frecuente interés hacia el desarrollo histórico de las disciplinas neuroquirúrgicas. Personalmente siempre he procurado interesar a mis alumnos, residentes y colaboradores en el estudio de cómo y cuándo nuestros conocimientos se forjaron y quiénes fueron sus protagonistas. Esta mirada hacia el pasado para conocer el presente y vislumbrar el porvenir creo que es muy fecunda en sus enseñanzas. Por un lado se ve el desarrollo de nuestros conocimientos dentro de unas determinadas y precisas coordenadas históricas y uno se sorprende, a veces, que ciertos descubrimientos ocurrieron en condiciones adversas que no impidieron, sin embargo, el trabajo tenaz y apasionado de algunos investigadores y clínicos. Aparte de ésta y otras muchas lecciones la penetración histórica en un problema científico lleva al estudio directo de los textos y trabajos originales, despreciando las habituales y superficiales «revisiones de conjunto» que inundan, por desgracia, nuestra actual bibliografía.

Ha estudiado el autor de este libro un período especialmente interesante como es el comienzo de la Neurología Clínica Española desde finales del siglo pasado hasta 1936. Destaca a Luis Barraquer Roviralta, como el fundador de la primera escuela de Neurología en la Barcelona de fin de siglo, abondando en su biografía y recorriendo con detalle sus interesantes trabajos clínicos.

La llamada por el autor, escuela de Madrid, que se desarrolló sobre las bases histológicas de Santiago Ramón y Cajal y sus discípu-

los, Río Hortega, Tello, Castro, etc., tuvo su inicial protagonista en Nicolás Achúcarro prematuramente fallecido. Posteriormente Lafora y Villaverde mantienen la tradición de asociar la clínica con los estudios histopatológicos. Sanchís Banús, Alberca, Prados y Such, Aldama y otros clínicos, se forman también sobre estas líneas en las cuales el laboratorio histológico y experimental tiene un papel preponderante «científico experimental», según expresión del autor, que se manifiesta también por estancias en clínicas y laboratorios extranjeros, germánicos principalmente y británicos o norteamericanos más ocasionalmente, bajo el mecenazgo de la Junta para Ampliación de Estudios.

El neurólogo de entonces solía abarcar también la Psiquiatría y además de los nombres mencionados podemos citar, entre otros, a Simarro, Fernández Sanz, Gayarre, Juarros, Vallejo Nájera, Sacristán, Germain y posteriormente a Valenciano, Escardó, Llopis, Salas, Solís, Llaverç, Olivares, Vega Gutiérrez, J. Gonzalo y otros muchos que comienzan a brotar en 1936, al filo de nuestra guerra civil. Mas datos sobre esta generación, así como su evolución posterior, se pueden encontrar en el esperado y documentado libro de Luis Valenciano Gayá sobre «El Dr. Lafora y su época» que acaba de publicarse.

Destaca Izquierdo Rojo la importancia de la aparición, en 1920, de la Revista «Archivos de Neurobiología» fundada por Gonzalo Lafora, José Ortega y Gasset y J. M. Sacristán que sirvió en aquellos años, para facilitar la atmósfera de las hoy llamadas Ciencias Neurológicas o Neuropsiquiátricas.

En el análisis de la escuela de Barcelona subraya el autor la orientación clínica y semiológica con una dedicación neurológica más selectiva y exclusiva y su origen preferentemente francófilo. Las tres figuras iniciales de esta escuela fueron Luis Barraquer Ferré, Antonio Subirana Oller y Berlarmino Rodríguez Arias. El aspecto docente con la formación de Sociedades especializadas, organización de Cursos y Reuniones fue otro de los rasgos de esta escuela catalana desde sus comienzos. En la formación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría tuvo también un papel preponderante la escuela catalana y la primera reunión de la misma tuvo lugar en Barcelona en 1926. Los detalles sobre la evolución de esta Asociación, en sus primeros diez años, están cuidadosamente recogidos en este libro, sobre la documentación publicada por B. Rodríguez Arias.

Posteriormente analiza con detalle Izquierdo Rojo los aspectos

biográficos y médicos de Luis Barraquer Ferré, B. Rodríguez Arias y A. Subirana Oller. Otra serie de neurólogos y psiquiatras de aquella época también se mencionan como Ramón Sarró, Gispert Cruz, etc. Quisiera destacar a Eduardo Tolosa Colomer que se inició en la Neurología médica antes de pasar a la Neurología quirúrgica donde ha logrado un renombre internacional en los últimos treinta y cinco años.

En otro capítulo estudia el autor, con igual minuciosidad, la actividad de otros neurólogos y especialistas en varias regiones españolas. Comienza con Wenceslao López Albo, sólido neurólogo clínico orientado ulteriormente hacia la Neurocirugía, con quien tuve el honor de colaborar en la ciudad de México al final de su vida. Esta figura, malograda prematuramente, que fundó y dirigió la Casa de Salud Valdecilla de Santander, en 1928 y marchó después al exilio y trabajó en Cuba y México, donde murió en 1944, está trazada con toda precisión en sus facetas humanas, sociales y científicas.

Termina este libro con la relación de otros clínicos en Santander (Aldama, Borreguero, Soto, Pelaz), Valladolid (Villacián), Zaragoza (Gimeno Riera), Murcia (Alberca), Valencia (Barcia Goyanes, López Ibor), Granada (Torres López, Salmerón Mora, Rojas, Ortiz, Ramos, etc.) San Sebastián (Ricardo Bueno), Santiago de Compostela (Pérez Villamil, Rodríguez Somoza), Huesca (Sempau), Soria (Calvo Melendro) que publican trabajos neurológicos y contribuyen al desarrollo de la especialidad en aquella época. Entre ellos quisiera destacar la figura de Juan José Barcia Goyanes, profesor de Anatomía, neurólogo y que en aquellos años comenzó en Valencia su brillante actividad neuroquirúrgica con la cual ha conseguido un destacado relieve internacional.

Finalmente la contribución de otros especialistas a la Neurología clínica se estudia con gran detalle. Las figuras de las tres grandes escuelas madrileñas de Medicina Interna, dirigidas por Roberto Novoa Santos, Gregorio Marañón y Carlos Jiménez Díaz, así como las de sus discípulos, se revisan con relación a sus aportaciones neurológicas. Otras prestigiosas escuelas, como la de Bañuelos, en Valladolid, las pediátricas de Guillermo Arce en Santander, Laguna, etc., participan también en el interés que comenzaba entonces por los problemas neurológicos. Algunos cirujanos generales, como Eugenio Díaz Gómez en Madrid, Puig Sureda y Piulachs en Barcelona, etc., tomaban también parte en estas actividades iniciales, junto con algunos oftalmólogos, otólogos, dermatólogos, etc.

Ha necesitado José María Izquierdo Rojo largos años para elaborar este concienzudo trabajo, que representa su magnífica tesis doctoral realizada bajo la sabia dirección del Profesor P. Laín Entralgo. Ha recogido con detalle y minuciosidad, excesiva en ocasiones, los datos escritos y publicados sobre este período de la Neurología clínica, preocupándose, además, de obtener también el testimonio a través de impresiones de los contemporáneos o de sus familiares y de algunas cartas inéditas de los biografiados. La recopilación bibliográfica es muy extensa y ampliamente utilizada. En suma, una magnífica obra por la cual felicitamos a su autor que nos presenta con detalle y precisión una época que marca la iniciación de la Neurología Clínica Española.

S. OBRADOR

Madrid, diciembre, 1977

INTRODUCCION

Parece ser finalidad de toda investigación, por modesta que ésta sea, el acercamiento progresivo hacia la verdad, o hacia lo que se nos representa, siquiera momentáneamente, como verdadero.

Sin embargo, la idea que hoy nos aparece como cierta, puede mañana dejar de serlo si la comparamos con otra que se nos representa más cierta, con lo que la primera dejará paso a la segunda en virtud de una comparación. Todas nuestras actuales verdades científicas, lo son, por tanto, en cuanto que comparadas con otras, en su mayoría anteriores —dado el correr del tiempo— se nos aparecen como más perfectas que las pasadas; y si nuestra verdad actual sólo tiene validez en relación con otras que lo fueron y que hoy reputamos de errores, forzoso es concluir como dice Laín Entralgo en que el hombre se ve obligado a contemplar la verdad según los hechos pasados, es decir, según la historia.

Sólo con un conocimiento acabado de las situaciones pretéritas, podemos enjuiciar en su valor las presentes, y aun preveer las futuras, si de los acontecimientos pasados pudiéramos inferir leyes o constantes históricas.

Debería ser, pues, finalidad de este modesto estudio, llegar a exponer y sistematizar el nacimiento de la neurología clínica en nuestro país, con objeto de que puedan servir de comparación los esfuerzos científicos neurológicos presentes con los pasados y de este modo progresar en el conocimiento de la especialidad neurológica y de los hombres a ella dedicados, ya que así podremos contemplar los hechos actuales no sólo en sí mismos y de modo aislado, sino relacionándolos con lo que la historia nos cuenta de los pasados.

La índole del quehacer médico hace que éste se encuentre esencialmente ligado a aquél que lo realiza. Por ello, al intentar exponer la evolución de la

neurología española, trataremos de analizar la obra de la mayor parte de aquéllos que desarrollaron una actividad neurológica durante el período de iniciación de esta especialidad en España. Antes de ellos, existía indudablemente un quehacer neurológico, pero que carecía de las características que otorgan a este quehacer el calificativo de específicamente neurológico en el moderno sentido de la palabra.

Consideraremos en una primera parte el quehacer neurológico anterior a la aparición de los primeros especialistas, o lo que es lo mismo y para entrar en una obligada cronología, el saber neurológico del médico español de finales de siglo así como la aparición de la primera escuela neurológica española. En una segunda parte estudiaremos la obra de los especialistas de nuestro país que consolidan la neurología como especialidad autónoma.

Quizá antes de continuar, convenga señalar lo que entenderemos por especialista, así como el período cronológico que abarcará nuestro estudio.

No resulta tarea fácil definir lo que debe entenderse por especialista, en los albores de una especialidad. A primera vista sería todo aquél que estudie y practique en una parcela del quehacer médico de modo exclusivo o preferente. Sin embargo, el sentido habitual del término, lleva implícito el reconocimiento de una mayor habilidad y eficacia en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de su campo, así como un mejor conocimiento de su patología parcelaria. Con otras palabras, el especialista debe adquirir en la teoría o en la práctica de la actividad que se ha fijado, alguna notoriedad sobre la teoría o la práctica del médico general en esa misma actividad. Por ello, aunque algunos de nuestros neurólogos no se dedicaron a título exclusivo a la neurología, y en algún caso ni siquiera preferente, creemos que en su época fueron auténticos especialistas, ya que lograron distinguirse de modo notable sobre el saber neurológico común, ocupándose de los problemas neurológicos en un grado superior al habitual.

Naturalmente, estas consideraciones hacen del concepto de especialista algo gradativo que está lejos de la ley del todo o nada. Al lado de nombres cuyo título de neurólogos nadie discutiría, están otros que cultivaron la especialidad de modo esporádico aunque con acierto y originalidad, o con menos acierto pero más asiduamente. A la postre, poco importan los títulos, y el lector sabrá juzgar la obra de cada uno y otorgar los que le merezca, disculpándome el empleo de los adjetivos que con acierto o sin él utilice en mi exposición.

Al considerar el período de tiempo objeto del estudio, surge forzosamente la tiranía de las fechas. A nuestro juicio, antes del último cuarto del siglo pasado, no existía especialidad neurológica en España. Durante esos últimos cinco lustros, aparecen algunas publicaciones esporádicas especializadas, y

algunos médicos orientan su actividad hacia la neurología de un modo más o menos completo, al tiempo que se inicia una escuela puramente neurológica en Barcelona, fundada por Luis Barraquer Roviralta. Ello será analizado en la primera parte mencionada, acerca del saber neurológico del médico finisecular.

A comienzos de siglo existen en España auténticos neurólogos e incluso escuelas neurológicas. Barraquer y Lafora pueden ser citados aquí como ejemplo de escuelas catalana y madrileña respectivamente. Entre 1900 y 1936, por fijar fechas con alguna significación, asistimos al orto de la neurología española. Quizá esta fecha debiera retrasarse hasta nuestros días, si pensamos en la escasez actual de Servicios Neurológicos, pero el prescindir del fino tamiz que es el tiempo, puede ser peligroso para el aficionado a la historia que quiera guardar imparcialidad. Por ello, el riesgo de hacer juicios prematuros, nos disculpa de analizar la labor neurológica más reciente, y consideraremos por tanto la etapa histórica que finaliza en el 36, como objeto de nuestro estudio.

PRIMERA PARTE

NEUROLOGIA DE FINALES DEL SIGLO XIX

I. EL SABER NEUROLOGICO DEL MEDICO ESPAÑOL DE FINALES DE SIGLO

A) Generalidades

Como más adelante indicaremos, en 1882 Luis Barraquer Roviralta fundó en Barcelona un dispensario de Neurología y Electrología que puede considerarse como el primer Servicio de aire moderno que existió en nuestro país. Anterior a esta fecha existía una cierta preocupación por la Neurología clínica y existieron algunos hombres que se dedicaron a ella de modo preferente. No creemos que se les pueda llamar neurólogos en el exacto y moderno sentido de la palabra puesto que la propia Neurología moderna estaba aún perfilándose especialmente en las Clínicas francesas, alemanas e inglesas; no obstante algunos de ellos y especialmente el precursor catalán, barcelonés, Eduardo Bertrán y Rubio, puede ser considerado una excepción, así como algunos de sus coetáneos, por lo que estudiaremos en capítulo aparte la obra de algunos de estos iniciadores y pioneros en el campo neurológico.

Los conocimientos neurológicos generales no eran amplios, existiendo algunos testimonios¹ en los que se afirma que la Neurología era la rama de la medicina que marchaba a la cola de todo progreso científico. Con gran frecuencia se confundía la histeria y la epilepsia,² la frenopatía «no se enseñaba en la Facultad»,³ los psiquiatras no tenían la inquietud neurológica que tendrán más adelante, y un amplí-

simo campo patológico, que abarcaba neuralgias diversas, cuadros de tipo cólico, enfermedades infecciosas como el tétanos, epilepsia, eclampsia, parkinson, etc. eran incluidas en el campo de las neurosis.⁴ Casi se desconocían las etiologías infecciosa, tumoral, parasitaria, tóxico-metabólica, fímica y carencial. Los fenómenos neurológicos críticos desorientaban al clínico y la patología traumática había sido escasamente estudiada. El clínico, con gran frecuencia atribuía a factores degenerativos paternos la etiología de las enfermedades que veía y que con gran frecuencia agrupaba en el campo de las neurosis. Taxonomía elemental que incluyera y clasificara a las lesiones en tumorales, inflamatorias, vasculares, traumáticas, atróficas y funcionales, por ejemplo, no existía, al menos para la mayoría de los médicos generales incluso los que tenían cierta inclinación a la patología del sistema nervioso. Con gran frecuencia se abusaba de la sífilis como causa de la mayor parte de los grupos nosológicos que existían en el momento. Los cuadros ictales, las apoplejías, apenas eran investigados. Prácticamente todos los cuadros que cursaban con fiebre se diagnosticaban de meningitis.

Existía sin embargo un cierto interés por el diagnóstico topográfico, tratándose de buscar siempre el lugar de la lesión, especialmente a raíz de las teorías localizacionistas, así como de la descripción de las vías neurológicas.⁵ Muchas de las enfermedades serían secundarias, ya que el sistema nervioso, en opinión de algunos autores⁶ sería tan perfecto, que no podría enfermar de modo primitivo.

Existía en aquel entonces, así como posteriormente, una cierta influencia de la clínica francesa, de la iconografía de Salpetrière con su sello semiológico y práctico, que favorecía y desarrollaba la observación de lo morfológico. La publicación traducida de algunas revistas extranjeras, en forma de resúmenes, en otras españolas, también fue un elemento divulgador de primer orden. La asistencia a los Congresos,⁷ aunque escasa, daba un aire internacional a alguna de las publicaciones de la época que señalaremos a continuación, en los apartados que siguen.

B) Etiopatogenia

Desde un punto de vista general, se pensaba hacia 1850⁸ que existiría en el sistema nervioso un fluido invisible e inconmensurable, llamado por algunos «principio electroanimal», lo que indica ya una cierta tendencia comparativa con el fluido eléctrico. Este principio electroanimal establecería una comunicación entre el cerebro y los

demás órganos de la economía por medio de los nervios que serían sus conductores naturales y se transmitiría en forma de corrientes.

También desde un punto de vista general, merece mención el libro publicado en 1852 por el catalán Cubí i Soler, que se autotitulaba «El propagador de la Frenología en España». Este libro que consta de 1.160 páginas, titulado *Lecciones de Frenología*, es una de las obras escritas en España en esa época de más interés neurológico. En su libro, realiza una división del cerebro en 39 zonas, cada una en relación con funciones cerebrales; por ejemplo localiza en el lóbulo occipital las áreas que numera 2, 3, 4 y 5 en relación respectiva con lo que llama ternuratividad, alteratividad, concentratividad y adhesividad. Piensa que toda la morfología cerebral repercute en la forma del cráneo (Lección 15. «El volumen i configuración del cerebro corresponden al volumen i configuración del cráneo») y del estudio del cráneo deduce el del cerebro y según el mapa previamente confeccionado las funciones y características del individuo (Lección 16. «Líneas divisorias en el cerebro: bultos i hoyos en el cráneo: Comprobaciones frenológicas prácticas»).

Desde un punto de vista más especial, las meningitis, también conocidas por los nombres de: frenesí, calentura maligna, calentura atáxica, calentura cerebral, hidrocéfalo agudo, apoplejía serosa, apoplejía meníngea, aracnitis y aracnoiditis, se atribuían ciertamente a las inflamaciones meníngeas, según diversas comprobaciones anatomopatológicas publicadas anteriormente en nuestro país, indicando Pastor y Contreras¹⁰ que no existiría diferencia en cuanto a la receptividad hacia la meningitis, según los diferentes temperamentos de los individuos, estando todos igualmente expuestos a padecerla, señalando incluso cierta preferencia por los jóvenes de 18 a 30 años y con buena salud y robustez, citando como causas predisponentes a las condiciones atmosféricas desfavorables. La sintomatología, especialmente la rigidez e hiperestesia en los miembros se atribuía a participación radículo-medular y también cerebral en el proceso¹¹ concluyendo Camó que: «Los síntomas de rigidez y contractura así como de hiperestesia en el dominio de los nervios espinales en las llamadas meningitis basílares (o sea de la base del cráneo) sea ésta o no de naturaleza tuberculosa no tienen su origen en el cerebro, sino que radican en la participación que las meninges espinales toman en el proceso; la meningitis espinal es pues mucho más frecuente en la basilar de lo que generalmente se admite. Los síntomas citados se producen por la propagación de las meníngeas a las raíces nerviosas por los vasos y por

la excitación consiguiente de las raíces nerviosas por una parte, y de la misma médula por otra, en la cual pueden formarse focos mielíticos».

Respecto a la fisiopatología vascular, resulta curiosa una hipótesis bastante extendida hacia los años 1870, que hacía del tiroides el centro regulador de la circulación cerebral¹² explicándose puesto que el mencionado cuerpo tiroides no necesita para su nutrición tantas arterias como posee. En apoyo de este teoría, se decía que el bocio en los países montañosos estaría producido por «un cambio de intensidad en el movimiento circulatorio y en especial cefálico»;¹² el tiroides, comprimiendo a las carótidas, protegería el encéfalo y regularía la circulación cerebral.¹³ Las hemiplejias se atribuían al derrame, reblandecimiento y lesión trófica del cerebro, así como al ejercicio continuo de las facultades intelectuales, que a través de la lectura y la consiguiente congestión cerebral explicarían la rotura de los vasos. En esta patología también se valora la importancia del alcohol. Se conocían las funciones sensitivas del tálamo, y en las sesiones académicas importantes se comenzaban a discutir las teorías localizacionistas que por aquel entonces se estaban iniciando en Francia e Inglaterra.

Los trastornos tróficos se atribuían acertadamente a lesiones medulares, y se valoraban correctamente los síndromes simpáticos descritos hasta el momento.¹⁴

Las enfermedades degenerativas, entre las que se incluían un gran número de procesos patológicos, eran atribuidas a la herencia a la que por otra parte se le atribuía un papel, prácticamente en todas las enfermedades neurológicas.¹⁵

También existían los adeptos de las explicaciones psicológicas, como el doctor Luis Dolsa¹⁶ quien se apoya en algunos casos (verosímilmente histéricos) que curaron por sugestión, para indicar la importancia de los fenómenos que el llamaba «morales», en la explicación de las enfermedades neurológicas; indica Dolsa: «Que multitud de alienistas distinguidos abandonan el microscopio y el escalpelo después de muchos años de inútiles investigaciones», de lo que deduce que es infundado y falto de lógica la aplicación de un tratamiento puramente físico en algunas de las enfermedades nerviosas.

Quizá no sea ocioso el señalar que en 1881, se publican en nuestro país algunas conclusiones del Congreso Médico Internacional de Londres,⁷ divulgándose el esquema de Brown-Séquard en el que establece unas relaciones fundamentales en la evolución de los conocimientos de la fisiopatología del sistema nervioso, estas relaciones publicadas son las siguientes:

1.º de la ataxia con las lesiones ya de la tercera circunvolución frontal, ya de la ínsula, ya del lóbulo occipital.

2.º de las convulsiones Jaksonianas con ciertas circunvoluciones cerebrales.

3.º de las parálisis braquiales, crurales, faciales y otras monoplejias con ciertas circunvoluciones cerebrales.

4.º de la hemianestesia cerebral con una lesión de los tálamos ópticos o de la parte posterior de la cápsula interna.

5.º del hemicorea con una lesión del cuerpo estriado o de la parte anterior de la cápsula interna.

6.º del titubeo (vacilación al andar), con una lesión del cerebelo o de algunas otras partes de la base del cráneo.

7.º de la diabetes con una lesión del suelo del cuarto ventrículo.

8.º de la parálisis labioglossofaríngea, con lesión de ciertos grupos de células nerviosas del bulbo.

9.º de algunos síntomas de la ataxia locomotriz, con una lesión de ciertas partes de los cordones posteriores de la médula.

10.º de la atrofia muscular progresiva con la atrofia de las células nerviosas de los cuernos grises anteriores de la médula. En el mismo trabajo se reseña también la comunicación de sir Hughlings Jackson, sobre las convulsiones epilépticas.

No obstante y a pesar de estos esfuerzos divulgadores tan beneficiosos, aún en 1883 se podía leer en la cabecera de un artículo y en una de las revistas españolas más prestigiosas¹⁷ el título «Catorce casos de neuralgias del facial...» publicado por un médico de La Habana, que había olvidado que la sensibilidad de la cara no pertenece al facial sino al trigémino.

C) Clínica

Se publicaron por estas décadas de los 70 algunas descripciones clínicas notables de las que pondremos algunos ejemplos.

La hemicorea, (probablemente uno de los primeros casos publicados en el país, si no el primero) la describe Salazar¹⁸ de la siguiente manera: «Movimientos continuos y desordenados en las extremidades derechas, que aparecieron según nos manifestó el enfermo, dos días antes de un modo brusco, al estar cenando, primero la extremidad superior, propagándose a los pocos momentos a la inferior, al propio tiempo que notó un dolor en la región lumbar acompañado de una ligera cefalalgia. La extremidad superior efectuaba movimientos rápidos y desordenados, algo menos intensos que la inferior, los cuales

persistían cualquiera que fuese la posición adoptada por el enfermo, si bien parecían disminuir algún tanto cuando adoptaba el decúbito lateral derecho. La voluntad no ejercía casi ninguna influencia para contenerlos, y si esto llegaba a verificarse alguna vez, sólo era por cortísimos instantes para volver a reaparecer con más violencia e intensidad si cabe que antes, exacerbándose de un modo notable cuando el enfermo notaba era objeto de observación por parte de los que le rodeaban y cuando se le dirigía la palabra. Los movimientos del brazo eran de rotación y de elevación de la articulación escápulo-humeral, y de flexión y extensión de las demás articulaciones de la extremidad; en la inferior adoptaban la misma modalidad, si bien parecían disminuir cuando el sujeto estaba en decúbito dorsal. La prehensión de los alimentos era casi imposible con la mano derecha, y la resistencia muscular había disminuido ligeramente, puesto que la aplicación del dinamómetro señalaba 4 kg. con la mano derecha y 6 kg. con la izquierda. Comprobamos un aumento, aunque ligero de la sensibilidad táctil y de la refleja, pues la aplicación de la electricidad a lo largo del raquis exageraba y hacía más rápidos los movimientos coreicos. El sueño se verificaba tranquilamente, determinando la abolición de la hiperquinesia coreica, la cual reaparecía en el estado de vigilia. La temperatura normal en ambas axilas; la densidad de la orina 1.035, sin albúmina y con un pequeño aumento de ácido úrico. Las facultades psíquicas y las demás funciones de la vida orgánica, en perfecto estado de integridad».¹⁸

La sintomatología de la meningitis es esquematizada por Pastor y Contreras,¹⁹ en forma de cefalea intensa frontal y occipital, zumbidos de oído, desazón, delirio, cambio de carácter, pulso duro, sacudidas musculares, agitación, convulsiones, trismo, fiebre e hiperestesia, pudiendo evolucionar hacia una sudoración seguida de curación o hacia la muerte. En la exploración describe el mismo autor: lengua seca o saburral, vómitos biliosos, poliuria inicial, oliguria en el período de estado y estreñimiento.

En los traumatismos cráneo-encefálicos se valoraba el estado de conciencia y las alteraciones respiratorias. Crous y Casellas²⁰ describe un enfermo de 46 años que sufrió un traumatismo craneal occipital con pérdida de conciencia y posteriormente presentó disnea, respiración superficial y estupor. Se le apreció matidez en áreas pulmonares con falta de murmullo en ambas bases y episodios de vómitos frecuentes. La exploración del sistema nervioso es descrito por Crous de la siguiente manera: «Lentitud en la comprensión y formación de los

juicios y abatimiento moral, estados todos que formaban verdadero contraste con el modo de ser psíquico del mismo enfermo en sus condiciones naturales de salud». «Las piernas se agitaban con algún pequeño desorden, pues parecía que no se contaba con el necesario resorte orgánico para dar a los movimientos el preciso grado de fuerza y amplitud según las circunstancias». El enfermo fue diagnosticado de: «Conmoción cerebral con parexia consecutiva del neumogástrico y ésta habiendo producido la telectasia doble, la congestión hepática y la obstrucción de la vena porta».

La picaresca en relación con la medicina, merece también su párrafo, Rosel²¹ publicó en 1848 un «Tratado de las enfermedades y defectos físicos que se alegan para eximirse del Servicio Militar». Para distinguir e identificar los auténticos ataques epilépticos, describe Rosel las alteraciones pupilares características de la crisis comicial, así como la insensibilidad general durante la misma con pruebas en ocasiones crueles para comprobarlas. También describe de modo completo los síntomas epilépticos críticos, las ausencias —a las que relaciona con el mal de San Pablo— y algunas otras expresiones comiciales.

Mención aparte merecen los trabajos dedicados a lo que se llamó «La enfermedad de Arañón», proceso que preocupó mucho a diversos médicos, en su mayoría rurales y que llegó a adquirir un cierto aire misterioso por no ser identificada hasta pasado cierto tiempo. La enfermedad de Arañón, fue estudiada en los años 74, por Félix Serrano Sanz, médico de Cifuentes,²² Ricardo Martín, médico de Trillo,²³ Justo Zotes Cadenas,²⁴ médico de Villanueva del Campo (a 10 leguas de Zamora) y también, como señalaremos más tarde al referirnos más concretamente a él por Celestino Lázaro y Adradas médico de Moros,²⁵ quien observó 18 casos en el partido de Cubo de Solar, a 4 leguas de Soria, así como el predominio masculino de la enfermedad. La misteriosa enfermedad de Arañón, también estudiada ulteriormente por Alejandro Sanmartín, resultó ser el latirismo, mal que ocasionaba algunos brotes en las regiones castellanas, que se veían obligadas a comer la semilla del latirus sativus.

D) Terapéutica.

Los tratamientos utilizados en la época variaban naturalmente según el tipo de enfermedad que hubiera de ser tratada.

La enfermedad epiléptica era tratada con: Tila, amizcle, cantárida, valerianato, extracto tebaico, purgantes, sanguijuelas y belladona. A

finales de siglo comenzó a hablarse del bromuro.²⁶ También se usaban sangrías en el pie, derivados al tubo intestinal y revulsivos en las extremidades inferiores con la finalidad de disminuir la congestión que localizaban hacia el bulbo espinal.²⁷

Los traumatismos de cráneo eran tratados con sangría en el sitio afecto y también en las márgenes del ano, calomelanos asociados al ruibarbo, como purgantes, cocimiento de calep con extracto de quina y caldos animales. También era un tratamiento utilizado la aplicación de 12 sanguijuelas en la apófisis mastoides y 30 g. de sulfato de sosa.²⁸

Los movimientos coreicos se trataban con bromuro de potasio a la dosis de 2 g. al día, que se elevaba progresivamente hasta 8 g. así como pulverizaciones de éter a lo largo de la columna vertebral, sangrías y purgantes, valeriana, asacétida, óxido de zinc, arsénico, tártaro emético y sulfato de estricnina a la dosis de 5 cg. de sal por 100 g. de jarabe, para tomar de 2 a 3 cucharadas de café al día.²⁹

Las neuralgias del trigémino eran tratadas con salicilato de sosa y bromuro de potasio.

Las meningitis se trataban con sangrías, mediante aplicaciones de sanguijuelas a lo largo del conducto raquídeo que se repetían varias veces; también se usaban los purgantes salinos con el fin de obtener una revulsión intestinal. Otros tratamientos recomendaban las sangrías precoces, las sanguijuelas en las regiones temporales mastoideas y suboccipitales, cataplasma de nieve o compresas de agua y vinagre fría en la cabeza y la sustitución de la almohada por una bota grande llena de agua fría cuyo líquido se renovaba cuando se calentaba.³⁰

Sobre el tratamiento de las parálisis y las atrofas, tan frecuentes en neurología, indica Salazar que: «la mayor parte de las variedades de parálisis pueden mejorarse por el empleo juicioso de las corrientes eléctricas, aun cuando procedan de la presencia en el organismo de un agente deletéreo como el plomo o virulento como la sífilis o bien sean sintomáticas de una alteración de los centros nerviosos y de los nervios motores.

En la atrofia muscular progresiva deberán asociarse las corrientes continuas a las inducidas; las primeras obran sobre los músculos, las segundas sobre los nervios, de este modo se favorece la nutrición de los tejidos, el poder contráctil de la fibra muscular y la incitación nerviosa; y la acción de las corrientes eléctricas se explica en ese caso por una mayor actividad de la nutrición, y ya sabemos que la atrofia muscular es una de las afecciones en que mejores resultados pueden obtenerse con la electroterapia.

La ataxia locomotriz, la parálisis labioglossofaríngea, el reumatismo articular, la histeria, la corea, etc. la impotencia, la parálisis de la vejiga, han sido combatidas con esta medicación, y aunque en cierto número de casos los resultados obtenidos no hayan sido completamente satisfactorios, no puede menos de admitirse que algunas veces ha podido detenerse la marcha del padecimiento, haciendo de este modo más tolerable la vida de los enfermos».³¹

Mención aparte merece el libro de Castro y Pérez titulado *Terapéutica moderna*³² en el que se indica que la estricnina determina convulsiones por que produce dilatación en los capilares de la médula espinal y que el opio, la morfina, el bromuro de potasio, el cloroformo, el hidrato de cloral, el nitrito de amilo, etc. dan lugar a modificaciones funcionales en el sistema nervioso por su influencia sobre el aparato vasomotor.³² También se afirma que la estricnina, brucina, morfina, narcotina y picrotoxina exageran el poder reflejo de la médula espinal dando lugar a convulsiones, mientras que el éter, el cloroformo, el ácido prúsico, la cicutina y la aconitina disminuyen este poder reflejo.³³

E) Precursores

Estudiaremos en este apartado la obra de algunos de los médicos de finales de siglo XIX que tuvieron una cierta inclinación hacia la neurología. Este estudio no será exhaustivo sino que tratará simplemente de exponer unos ejemplos que puedan dar una idea acerca de los conocimientos y de la obra de algunos médicos finiseculares. Comenzaremos por Eduardo Bertrán y Rubio, quien ejerció la neurología clínica, la electrología y la higiene en Barcelona desde 1860 hasta 1910 en que falleció. Bertrán y Rubio estaba inscrito en la Academia de Barcelona, de la que fue secretario y ulterior presidente, como profesor de electroterapia, neurólogo y publicista, y poseyó un buen prestigio como neurólogo clínico. Trabajaba en una clínica que había instalado en su propio domicilio en donde practicaba sobre todo la electroterapia, gracias a aparatos que funcionaban por pilas, ya que aún no existía la red eléctrica urbana. Fue hombre de gran cultura y erudición, brillante en el discurso hablado y elegante con la pluma. Polemista juicioso, disfrutó de una vida académica dilatada, puesto que fue académico en 1865, teniendo el núm. 104 en el escalafón general de académicos.^{34, 35} Entre sus obras cabe citar los siguientes títulos: «Los modernos derroteros de la higiene. Un problema de higiene resuelto. La habitación del obrero», «Electroterapia»,

«Ojeada sobre la historia y aplicaciones de la electricidad médica. Electroterapia», «Alteraciones y sofisticaciones de algunas sustancias alimenticias», «La electropuntura en el tratamiento de los aneurismas», «La historia y aplicaciones de la electricidad médica», «Tratamiento de las neuralgias por la electricidad», «La medicación nitrogenada por las aguas azoadas artificialmente», «Sobre hipnotismo y otras cosas», «Papel de las corrientes eléctricas en la terapéutica de los procesos medulares», «Examen de las aptitudes para la elección de carrera» y «Aplicación del baño electrolítico al tratamiento de algunas intoxicaciones metálicas»,³⁶ trabajo en el que describe las aplicaciones de esta forma de electroterapia haciendo especial mención de su acción en la intoxicación saturnina. Deduce, de sus casos clínicos, que el yodo disuelto puede ingresar en el organismo si pasa una corriente eléctrica. Hace algunas experiencias personales «in vitro». En su opinión, los metales existentes en el organismo intoxicado saldrían mediante el baño electrolítico. Refiere varios casos clínicos de saturnismo y azoguismo.

Mención especial merece también la obra, no tan polarizada hacia la neurología como la del anterior, del catedrático de patología clínica médica de la Universidad de Barcelona, Bartolomé Robert Yarzabal, hombre de personalidad acusada y atrayente, dotado de gran facilidad de palabra y de trato, que le granjeó elevado prestigio entre los alumnos, pacientes y colegas. Exponía sus clases con claridad rigor y método y sus trabajos escritos son al tiempo valiosos y amenos. Como su antecesor fue presidente de la Real Academia de Medicina de Barcelona, exponiendo en 1880 en la sesión inaugural de esta Academia sus ideas sobre el sistema nervioso:³⁷ «El aparato nervioso en sus actividades patológicas ofrece un tema de incesante inquisición. El más superior de todos los complejos anatómicos, el que regula los funcionalismos todos de nuestra máquina viva y el que goza en sus manifestaciones externas de la movilidad más sorprendente, ha de prestarse mejor que cualquier otro a la investigación científica». «Precisamente a esta sagacidad de los clínicos modernos, favorecida por los buenos procedimientos de investigación científica y a la ilustración que presta el método experimental y a las facilidades del examen de los enfermos, gracias a los múltiples aparatos de que hoy día pueda disponerse, se debe haber adquirido el firme convencimiento de que existen muchas individualidades nerviosas aún no clasificadas». En este mismo trabajo realiza una clasificación de las enfermedades nerviosas crónicas, que es la siguiente: a) con lesión

cutánea: herpes, b) con lesión mucosa: Prurito de ano y vulva, c) con determinación digestiva: Neumotosis gastrointestinal, d) con determinación respiratoria: Asma, e) con determinación circulatoria: Parálisis cardíaca y bocio exoftálmico, f) con lesión hemorrágica: Diversas hemorragias, g) con lesión secretoria: Anuria y poluria, h) con lesión hemática: Anemia y Cloronemia, i) con lesión trófica: Poliartritis y atrofas musculares.

Termina su discurso discutiendo algunos casos personales de parálisis múltiple interno-visceral, sin alteraciones psíquicas, parálisis motrices y sensitivo sensoriales, neurodermias (herpes zona, prurigos, angioneurosis, etc.), mielopatías, neuralgias genitales, asma, neurosis cardíacas, hemorragias, poliuria y gangrenas. En cuanto a su obra neurológica destacan sus trabajos sobre la meningitis, cuyos síntomas describe de la siguiente manera: «Dolor agudísimo a lo largo de la columna dorsal y dorso-cervical que aumentaba con los movimientos del tronco, las presiones digitales sobre los agujeros de conjunción y pasando una esponja empapada en agua caliente; irradiaciones del dolor a lo largo de las extremidades inferiores y alrededor de la cintura, rigidez tetánica del tronco y algunos músculos de los miembros abdominales; micción difícil, constipación de vientre y fiebre intensa». Respecto a la terapéutica, en la primera fase, sin afectación de la conciencia, recomienda: aplicación de sanguijuelas a lo largo de la columna cérvico-dorsal y en el ano, y a prescribir, cada hora 5 mg. de calomelanos aparte del caldo para sostener fuerzas y de las bebidas carbónicas para enfrenar el vómito». Más tarde, en la fase de coma: «así las cosas suspendí los calomelanos; y para hacer frente a la hidrocefalia y al hidroraquis, administré el yoduro de sodio (no el de potasio temeroso de su acción hipostenizante cardíaca) y provoqué una fuerte derivación sobre la columna vertebral con el amoníaco líquido». El enfermo hace un absceso cerebral, haciendo Robert observaciones dignas de mención ya que concluye que el absceso se habría formado por propagación venosa. Al hacer los comentarios de su propio trabajo, se comporta como localizacionista, aunque no admite dominancia hemisférica: «y aun más que por todo esto por el criterio del sentido común, que es el gran sentido y que me dice que no por lujo estético se han de contemplar en el encéfalo humano esas bellezas que se llaman corona radiante, árbol de la vida, gran hipocampo, septo lúcido y bóveda de los cuatro pilares y que tampoco por indiferente casualidad se ha de desarrollar de cierta manera las fibras del puente de Varolio y ha de haber un tálamo óptico, un cuerpo

estrellado y un cuerpo calloso. Si fueran ilusorias las localizaciones cerebrales, bastará una gran masa nerviosa cerrada en el cráneo, con grandes anfractuosidades para centuplicar su superficie, y en relación con todos los nervios y con la médula, para que los actos cefálicos se produjeran, como basta que el pulmón sea una agrupación inmensa de acini... y como basta que el riñón, que sólo ha de segregar orina, sea una suma de miles de glomérulos de Malpighi». Por último comentaremos su trabajo *Congestión cerebro-medular difusa*³⁹, donde describe minuciosamente un caso interesante. Dos hechos se destacan: el estudio acabado que hace del enfermo, con una historia clínica modelo en su género, patocronia exacta y descripción correcta, y el diagnóstico diferencial, que sorprende teniendo en cuenta la literatura neurológica de la época. Al hacer el diagnóstico diferencial utiliza conceptos de clínica neurológica con precisión y soltura. Lo hace con la trofoneurosis, la esclerosis lateral amiotrófica, la parálisis de Erb, la esclerosis en placas, la mielitis difusa crónica, la meningitis espinal crónica, la hematomielia, el hematorraquis, la histeria y el reumatismo. Destaca el diagnóstico diferencial que hace con la esclerosis en placas: «Como puede irse localizando la lesión de la neuroglia en diferentes puntos del encéfalo y de la médula, bien se comprende cuán grande ha de ser la variabilidad de sus expresiones sindrómicas; hay los desórdenes cefálicos: vértigos, nistagmus, diplopia, ambliopia y perturbaciones de la palabra; los desórdenes de movimientos: paresia de uno o de ambos miembros inferiores, con remisiones que permiten acariciar una curación, temblores cuando el enfermo requiere mover las extremidades, menos rítmicos que los de la parálisis con agitación, pero no tan desordenados como los de la corea, y exaltación de los reflejos tendinosos...»³⁹

Notable inclinación neurológica se refleja en la obra de Celestino Lázaro y Adradas, ya mencionado al hablar de la enfermedad de Arañón. La obra de Celestino Lázaro y Adradas refleja un conocimiento del sistema nervioso notable, especialmente en lo fisiopatológico. Comentaremos algunas de sus obras más importantes.

En 1876, publica *Alteraciones histólogo y anatomopatológicas en las enfermedades mentales; analogías y diferencias con las de otras afecciones del cerebro*: en donde expresa su opinión que la base orgánica de las afecciones mentales debe buscarse en las alteraciones circulatorias y de irrigación ya que en los estudios necrópsicos no se ve otra patología. En las psicosis agudas habría una hiperemia brusca, y en las crónicas una hiperemia crónica. Dice textualmente: «Las alteraciones

que experimentan las células ganglionares y las fibras nerviosas comparadas con las del aparato vascular son, lo repetimos, secundarias y pasivas»⁴⁰

Cierta labor investigadora realizó al abordar el problema de la simulación de la crisis epiléptica. Con el fin de distinguir la auténtica crisis comicial de otras crisis semejantes, orgánicas o simuladas, realiza una valoración correcta de los auténticos síntomas epilépticos como la mordedura de la lengua, las heridas o cicatrices de la cara en sus partes salientes, las convulsiones, los cambios de coloración del rostro, la emisión de espuma por boca, la rigidez de pupilas y la insensibilidad. Realiza varios esfigmogramas, comprobando, cómo dicho trazado cambia 2 ó 5 segundos antes de que el ataque comience haciéndose las curvas menos altas y más redondeadas y aproximadas entre sí. El mismo describe los trazados esfigmográficos: «presentado el ataque, se ven 5 ó 6 pequeñas ondulaciones sucesivas y dispuestas según una línea ascendente, seguidas de una serie de curvas muy poco elevadas; éstas se pronuncian cada vez más, presentando una convexidad superior tan exagerada que da casi la idea de una semiesfera; más tarde, pasados algunos minutos, unas líneas se elevan casi perpendicularmente a una altura triple o cuádruple que antes del ataque, formando en el vértice un ángulo más o menos agudo; vuelven a descender, en fin y entonces presentan el dicrotismo más marcado que observarse puede. La duración de esta forma de pulso varía de unos minutos a unas horas después del ataque».⁴¹

Respecto a sus ideas sobre la fisiopatología de la epilepsia, se expresa de la siguiente manera: «En lo relativo a la patogenia de la epilepsia, está demostrado por la fisiología experimental que el bulbo raquídeo es el punto de partida del acceso, y que éste es provocado por una irritación funcional de dicho órgano, lo mismo en la epilepsia idiopática que en la producida por acción refleja. La excitación del bulbo raquídeo produce la convulsión tetánica del sistema muscular animal y la contracción espasmódica de los vasos de la piamadre y de la cara; de aquí la pérdida de las facultades intelectuales y la palidez del semblante.»... «todo lo cual nos da cuenta de los indicados fenómenos iniciales de la epilepsia, pérdida de conocimiento, caída al suelo, palidez de la cara y grito; la asfixia producida por la tetanización de los músculos respiradores nos explica que los síntomas de la segunda fase del acceso, convulsiones tónicas y clónicas de los músculos animados por nervios que proceden del bulbo; desfiguración del semblante, color morado-lívido, y demás síntomas de esta fase horrorosa. Por

último, a la excitación exagerada sucede el agotamiento nervioso que termina el ataque por un coma...». Realiza una investigación de los cambios esfigmográficos en la crisis comicial que describe a continuación: «Cinco o seis pequeñas ondulaciones sucesivas y dispuestas según una línea ascendente» que observa en el inicio de la crisis, se corresponden con «El estado inicial de excitación del bulbo y contracción tetánica muscular animal, con espasmo de los vasos cerebrales y de la cara...», explicando estas alteraciones por los esfuerzos musculares y la dificultad de entrada y salida del aire. Explica las curvas grandes, semiesféricas del período convulsivo por la falta de libertad en la circulación de la sangre y la rigidez arterial. El dicrotismo final con gran elevación de la curva lo interpreta de la siguiente manera: «se ensanchan los vasos por fatiga de los nervios vasomotores, esto aumenta la fuerza del pulso por falta de obstáculos a la circulación, el sístole es veloz, por lo tanto hay más rapidez en la ascensión, y por consiguiente mayor elevación...». «La presentación del dicrotismo es debida a la fuerza de impulsión cardíaca, a la mayor presión, a la restauración en las arterias de la elasticidad, a la rapidez de ascenso y descenso de la onda sanguínea y a la disminución, en fin de la tensión arterial, puesto que ésta está en razón inversa de la fuerza.»⁴¹

Muy demostrativo en orden a poder conocer y juzgar los conocimientos fisiopatológicos de la circulación cerebral en la época, resulta el trabajo *¿Por qué en estados anatómicos tan opuestos como la congestión, la anemia y la asfixia cerebrales se presentan síntomas idénticos que dificultan el diagnóstico?*⁴² En este trabajo comienza diciendo el doctor Lázaro y Adradas que ante este tipo de problemas en apariencia paradójicos o engañosos, hay que acudir a la fisiología, que sería el único camino seguro que tiene el médico para interpretar los procesos morbosos. Comienza señalando los síntomas de la hiperemia del cerebro que, según dice: «Se expresan por trastornos en la sensibilidad, en la motilidad y en las facultades psíquicas, ofreciendo en su marcha los dos períodos que hemos referido antes. En el primero de excitación se presenta ruido de oídos, fosfenos, alucinaciones en diversos sentidos, hormigueo, agitación y hasta delirio y convulsiones. Más tarde viene la postración y el abatimiento. Otro tanto se observa en la médula, en el pulmón, en las glándulas, etc.». Indica también cómo el aumento de ácido carbónico en la sangre, lo que suele ocurrir por la lentitud en la circulación, constituye, en sus propias palabras «un poderoso excitante del sistema nervioso». Refiere también los efectos de la anemia: «Entre los distintos órganos de la economía, el cerebro

es el que menos tiempo soporta la privación de sangre. Según experiencias de Kusmaul y Tenner, en animales de sangre caliente no puede suspenderse la circulación más de dos minutos sin que sobrevenga la muerte. Cuando la anemia es completa, se suspende inmediatamente la función del sitio anémico; así, en el cerebro, provoca el síncope y la apoplejía nerviosa; en la médula, parálisis; en los músculos, pérdida de contractilidad; en las glándulas, suspensión de secreción; en los pulmones, asfixia, etc. Si invade sólo una parte de un órgano, v.g., una porción del encéfalo, se alteran parcialmente sus funciones intelectuales, sensitivas o motrices». La asfixia la describe de la siguiente manera: «pertúrbanse las funciones intelectuales, la sensibilidad y la motilidad. El enfermo siente un aturdimiento parecido al que ocasiona la embriaguez; tiene dolores, vértigos, delirio de formas variadas, ilusiones, alucinaciones, parece atormentado de ideas que le determinan a moverse con inquietud y celeridad. No tarda la excitación en invadir la motilidad, sobreviniendo a veces convulsiones que no sólo afectan los músculos de la vida animal sino los de fibra lisa, a la cual se debe atribuir algunos síntomas particulares, como son los vómitos, las deyecciones albinas, y según B. Sequard, la expulsión del producto de la concepción.

A este primer período sucede el segundo, caracterizado por abatimiento y postración de fuerzas, manifestándose en primer lugar en los centros nerviosos. Así, observamos que la inteligencia desaparece sobreviniendo una torpeza o un coma más o menos profundo: la sensibilidad disminuye progresivamente, y lo hace siguiendo una marcha ascendente y centrípeta (M. Perrin)». Respecto a la explicación que da el autor para entender esta similitud sintomatológica, frente a etiologías diferentes, dice lo siguiente: «sabemos que el más importante de los actos fisiológicos desempeñado por la sangre a su paso a través de los órganos y en particular a través del cerebro, aquél cuya suspensión compromete más pronto la actividad de éste, consiste en llevar con sus glóbulos al seno de los tejidos el oxígeno, tomando en su suero el ácido carbónico que se desprende para salir por la vía pulmonar en el segundo acto de la respiración». «La sangre pierde, al atravesar los capilares, cierta cantidad de oxígeno y se carga de ácido carbónico y... todos los tejidos orgánicos, pero principalmente el muscular y el nervioso, absorben mayor cantidad de oxígeno y desechan una porción más grande de ácido carbónico, durante su funcionamiento que en estado de reposo». A continuación describe el mecanismo fisiopatológico que ocurre en los procesos asfícticos: «en la

asfixia la sangre va a los órganos con una oxigenación insuficiente o con un exceso de ácido carbónico; de suerte que roto el equilibrio fisiológico que existe en los gases de la sangre, ésta, no lleva a los elementos anatómicos y por consiguiente al órgano, todo el gas respirable que necesita, ni tampoco puede desembarazarla del ácido carbónico en exceso que poseen, puesto que el paso de este gas de los tejidos a los capilares se hace en todo conforme a la ley de Dalton, y de aquí los accidentes que su detención produce.

En la anemia local, un obstáculo cualquiera impide a la sangre regar y nutrir los órganos o el órgano anémico, o no lo hace en cantidad suficiente: luego en cualquiera de estas condiciones sucede lo mismo que en caso anterior; tampoco recibe el órgano todo el oxígeno que necesita ni se desprende el ácido carbónico que le daña. El resultado pues es el mismo». Por último señala cómo la congestión puede llegar a producir síntomas análogos, ya que: «la mayor parte de las causas que las determinan tienen por efecto inmediato retardar la corriente sanguínea en su paso por los capilares; que todo lo que se sabe de las congestiones patológicas se inclina a considerarlas como éxtasis parciales, asignándoles como causa las desigualdades del calibre en los capilares; que, en fin, estos vasos así alterados con dilataciones y estrechamientos parciales alternantes, comprimen mediante aquéllas a otros vasitos vecinos, dificultando o impidiendo la circulación sanguínea de suerte que... no se encuentra en toda la extensión de la parte enferma sino vasos dilatados en donde la sangre está estancada y vasos comprimidos donde el líquido atraviesa con dificultad». Nos parece por tanto interesante reseñar cómo a finales del siglo pasado, ya se buscaban mecanismos fisiopatológicos comunes, en este caso la hipoxia cerebral, ante situaciones etiológicas diferentes.

También se ocupó, en dos trabajos publicados sucesivamente, del corea reumático de los niños, acerca del que expone las observaciones de médicos extranjeros y alguna de las suyas propias de la coincidencia de la corea con el reumatismo y la lesión cardíaca reumática. Indica también el tratamiento utilizado: mezcla de yoduro potásico y carbonato sódico. Más tarde morfina y más tarde 4 mg. de estricnina cada dos horas, vino de Oporto y sulfato de zinc.

En cuanto a la etiología, y frente algunos autores extranjeros que consideran la asociación de corea con reumatismo como una simple coincidencia, el doctor Lázaro y Adradas indica su parentesco etiológico ya que: «resulta que el corea es cardíaco en una tercera parte de casos, y esto no puede considerarse como simple coincidencia, por

más que los señores Bouchut, Rilliet y Barthez se muestren poco dispuestos a admitir la naturaleza reumática de tal afección». ⁴³ También plantea el problema, polémico en la época, de si el corea es un resultado de la lesión cardíaca, o simplemente una manifestación de la diátesis reumática sobre el sistema nervioso. Respecto a esto también se muestra extraordinariamente sensato: «no tenemos necesidad de declarar que la coincidencia de las dos afecciones, corea y afección cardíaca, no tiene más encadenamiento entre sí, que su origen común, esto es, el depender de la diátesis reumática; y en prueba de ello basta recordar los numerosos casos en que aquél se presenta en el curso del reumatismo articular, sin que se perciba el menor trastorno cardíaco».

Insiste en el tratamiento, que reproducimos literalmente: «Si el reumatismo se limita a manifestaciones articulares, un plan expectante o sintomático basta, a no ser, que la fiebre sea muy alta y los dolores muy intensos, en cuyo caso, mejor que las emisiones sanguíneas, llenaría la indicación el sulfato de quinina solo o con una pequeña dosis de opio; la tintura de colchico, asociada a la de digital, dos partes de la primera y una de la segunda para tomar de 10 a 40 gotas vigilando sus efectos, es recomendada por Roger. Bouchut emplea la veratrina asociada al extracto tebaico: se da el primer día una píldora compuesta de 5 mg. de cada cosa y se va aumentando hasta 5 ó 6 por día. El nitrato de potasa, el acetato de amoníaco y los carbonatos alcalinos pueden prestar también excelentes servicios, y lo mismo los polvos de Dower, el bromuro de potasio y el ácido salicílico... No deben descuidarse las aplicaciones tópicas sobre las partes enfermas: el algodón, el bálsamo tranquilo el linimento de cloroformo, aceite de almendras y láudano de los señores Reillet y Barthez son los medios que deben emplearse. Si hay una sola articulación inflamada y toma los caracteres de una artritis intensa, las sanguijuelas, tintura de yodo o fricciones mercuriales y vejigas de hielo, inamovilidad y colocar, si es un miembro, en postura conveniente por las consecuencias que el mal pudiera traer en pos de sí.

Cuando se presentan síntomas de pericarditis o de endocarditis, vejigatorios volantes a la región precordial, sinapismos a las articulaciones enfermas si estas remiten al manifestarse el reumatismo cardíaco. Los signos que, teniendo en cuenta siempre el estado general del niño, pudieran indicar la aplicación de sanguijuelas o ventosas escarificadas a la región precordial, son una pericarditis acompañada de dolor intenso y mucha disnea: en los casos más benignos puede bastar la tintura de yodo en fricciones, empleando siempre al interior

alguno de los medios dichos, en particular la mistura de Roger, el acetato de potasa, el vino diurético. Los señores Picot y Roger recomiendan el tártaro estibiado administrado en series repetidas, bien sea solo o asociado a opio.

Finalmente, se procurará poner a los niños al abrigo de recaídas a beneficio de una buena higiene, de la hidroterapia y de las aguas mineromedicinales». ⁴³

Considera el mismo autor la patología neuromuscular en su trabajo *¿Qué es la atrofia muscular progresiva bajo el punto de vista anatómico?* Expone en este artículo las ideas etiopatogénicas sobre la atrofia muscular, que se considera signo de etiopatología única, si bien se ofrecen tres hipótesis patogénicas, que recoge y expone Lázaro y Adradas, sin decidirse por ninguna de ellas. Indica lo que probablemente era el modo de pensar clínico de la época atribuyendo la atrofia bien, según unos, a una degeneración primitiva de los músculos, bien a una degeneración granulosa, bien a una degeneración de las astas anteriores de la médula. No es que pensasen existían diversos tipos de atrofia sino simplemente había quien se adhería a alguna de estas tres hipótesis mencionadas, a la que atribuían todas y cada una de las atrofas. ⁴⁴

Como último ejemplo de trabajo médico del doctor Lázaro y Adradas, comentaremos el titulado *Las hemianestias*, ⁴⁵ en el que describe las distintas clases de sensibilidad, táctil, discriminativa, algésica, térmica, sensibilidad profunda o muscular basado en la bibliografía fundamentalmente francesa, y señalando la relación que existe entre las hemianestias y las lesiones de los tálamos ópticos y cuerpos estriados. Indica también las características de las anestias de tipo histérico y posteriormente estudia las peculiaridades de la anestesia motivada por la intoxicación saturnina, que serían: «el presentarse siempre en sujetos que han estado, durante largo tiempo, expuestos a las emanaciones plúmbicas; el principio lento y progresivo de la parálisis, precedido de distintas manifestaciones de intoxicación metálica; los fenómenos precursores o propatías; la deformidad de la parálisis, singularmente en los brazos; los resultados del examen eléctrico en ciertos grupos musculares, y las alteraciones de sensibilidad y de contractilidad muscular eléctrica, más pronunciadas en los extensores que en los flexores, aparte de ciertos síntomas de encefalopatía, son datos de inducción diagnóstica que permiten distinguir la hemianestesia saturnina de todas las demás». ⁴⁵ Como tratamiento utilizado: «baños sulfurosos, el yoduro potásico y la faradización localizada

renovada diariamente, ya sea en forma de corrientes inducidas o de corrientes continuas».

Cerraremos este capítulo analizando una monografía y dos trabajos del doctor Alejandro Auber que trabajó en la Habana, también en la segunda mitad del siglo pasado. Su monografía fue titulada *La topografía de la sustancia cortical del cerebro*, y publicada en varias partes, en España.⁴⁶ Constituye una obra amplia, de más características morfológicas que clínicas, en la que describe de modo meticuloso la anatomía de la corteza cerebral, con surcos y circunvoluciones. Señala que el surco parieto-occipital externo, apenas existe en el hombre estando sin embargo marcado en los animales antropomorfos. Indica que en sus descripciones sigue especialmente las de Giacomini, estando también al corriente de los trabajos morfológicos de la escuela francesa. Después de describir cuidadosamente surcos, cisuras, circunvoluciones pliegues de paso, ínsula de Reil, describe también las capas de la sustancia gris cortical del cerebro, siguiendo los trabajos de Meynert. En conjunto resulta un trabajo de grandes dimensiones, que se lee con agrado, y cuya crítica más importante podría ser la de seguir quizá demasiado fidedignamente las descripciones de autores extranjeros, con escasa aportación personal.

Los otros dos trabajos mencionados del mismo autor, son de índole clínica. En el primero⁴⁷ aborda el problema de la regeneración medular, después de un traumatismo, problema que se encontraba en aquel momento muy discutido, existiendo por un lado algunos grupos de investigadores que pensaban que la médula no se regeneraría frente a otros que pensaban que sí lo hacía. El doctor Auber expone un caso clínico de un síndrome de Brown-Séquard, por herida por arma blanca en la V vertebra cervical. El enfermo presentaba un síndrome de hemisección medular completo, o aparentemente completo, del que se recupera completamente. Sin embargo el autor no deduce de ello que se produzca una regeneración medular, sino que piensa que la lesión ha afectado solamente a los cordones blancos, con indemnidad de los centros grises.

Creemos que puede resultar interesante reproducir la exploración clínica neurológica que refiere el doctor Auber y que pudiera servir como ejemplo de una exploración neurológica hacia 1870. Refiere el caso de la siguiente manera: «Luis, de 22 años de edad, revendedor de billetes, en una riña con otros compañeros, recibió una puñalada en la parte posterior del cuello, a la altura de la 5.^a vértebra cervical. Conducido al Hospital, se presentaba en la mañana del 7 de

enero de 1871 al día siguiente del traumatismo, en el siguiente estado: estatura elevada, bien constituido, musculatura desarrollada, tejido celuloadiposo subcutáneo abundante, posición supina, inteligencia libre, cara normal, ligera sensación subjetiva de calor en el lado derecho del rostro.

Al nivel del sitio indicado es decir a la altura de la 5.^a vértebra cervical, predominando hacia el lado derecho de la apófisis espinosa correspondiente, presenta una incisión causada por instrumento perforo-cortante. La herida, recientemente lavada, tiene una extensión de centímetro y medio aproximadamente; sus labios rojos ligeramente tumefactos, inclinados hacia afuera, dolorosos a la presión y rodeados de una superficie circular rojiza. No hay indicios al tacto de fractura en los arcos ni en las apófisis de las vértebras, entre las cuales pasó el agente vulnerante.

Ordenando al enfermo que se mueva en la cama, se observa una parálisis completa de ambos miembros del lado derecho. Esta hemiplejía es puramente quinesódica; pues la sensibilidad, sin que pueda decirse que se halla exagerada se conserva por lo menos en toda su integridad. El enfermo distingue las sensaciones dolorosas; pero existe una pérdida completa del sentido muscular en el brazo, en el cual dicho sentido no establece diferencia entre peso de varios calibres que se suspenden de la muñeca del brazo paralizado. En aquella época no conocíamos más métodos para medir esta clase de sensaciones que el de Weber, aplicable sólo al brazo y por eso no supimos emplear en la pierna el ideado recientemente por el doctor Jaccoud, aunque en honor de la verdad, el nuestro tenía bastante analogía con el propuesto por dicho clínico. En las respiraciones normales se observa una disminución perceptible de los movimientos del lado derecho del tórax cuyas costillas se elevan mas bien pasivamente, siguiendo los impulsos de las del lado izquierdo. Sin embargo, cuando le obligamos a hacer movimientos relativamente violentos, el número de inspiraciones se acelera, y ambos lados se mueven entonces con igual rapidez. No hay zona hiperestésica alrededor del hombro derecho.

El brazo y la pierna del lado izquierdo se mueven, obedeciendo los mandatos de la voluntad; pero en cambio obsérvase en ellos una anestesia completa, tanto para las incitaciones dolorosas, cuanto para las táctiles, observándose en el brazo correspondiente el sentido muscular.

La superficie cutánea de ambos lados no presenta nada notable; exageración de los movimientos reflejos en ambos lados, principal-

mente en el derecho. Constipación y retención de orina que evacuada por cateterismo no presenta más que un ligero enoema; no tiene albúmina; pulso a 90; temperatura 38,2; respiraciones 19 p/m.»⁴⁷

Referido al diagnóstico diferencial clínico entre hemorragia y embolia cerebrales, que tanto preocupaba y aún preocupa a neurólogos, es el último trabajo que comentaremos de este autor.⁴⁸ En él, tras valorar los datos estadísticos y experimentales conocidos acerca de la circulación cerebral, indica que son factores a valorar en la patogenia de la hemorragia, la arteriosclerosis y las alteraciones renales y cardíacas, mientras que deben tomarse en consideración en la etiología de la trombosis, los problemas de coagulación intravascular, la hipertrofia cardíaca ligada a trastornos valvulares y el reumatismo. Sugiere un cuadro, a semejanza de los modernos que se aplican en el diagnóstico diferencial, en el que de una parte describe las características de la hemorragia cerebral y de otra las del reblandecimiento.

Hemorragia cerebral:

- Edad propecta
- Ateroma arterial (a lo cual hay que agregar los aneurismas miliares que no pueden ser diagnosticados durante la vida).
- Reumatismo nudoso y crónico, gota, alcoholismo.
- Hipertrofia simple de corazón.
- Atrofia y degeneraciones en el aparato renal; congestiones del pulmón a los cuales se agrega la tos producida por la bronquitis y el enfisema.

Reblandecimiento cerebral:

- Edad indiferente con predominio de los primeros tercios de la existencia.
- Ateroma, raras veces.
- Estado caquético, producido por enfermedades diversas; osteomielitis difusa, reumatismo agudo.
- Hipertrofia con lesiones valvulares.
- Endocarditis ulcerosa, leucocitosis, leucocitemia, aneurismas, carcinomas en algunos órganos.⁴⁸

II. PRIMERA ESCUELA DE NEUROLOGIA: LUIS BARRAQUER ROVIRALTA. (1855-1928)

Con el desperezarse del que había de ser inquieto siglo XX, surgen las primeras escuelas neurológicas en nuestra patria. A finales del XIX, apenas se conocía la especialidad neurológica, y los procedimientos y métodos netamente modernos de la misma, eran extraños a los médicos que pudieran sentir cierta inclinación hacia la patología nerviosa.

En octubre de 1882, el doctor don Manuel Bernal, profesor de la Facultad de Medicina de Cádiz, en la memoria presentada a la Academia Nacional de Medicina y Cirugía de Cádiz: *Génesis de las perturbaciones tróficas determinadas por el Sistema Nervioso*,⁴⁹ utiliza los términos **neurólogo** y **neurología** en el sentido actual de las palabras, lo que, sin embargo, no pasaba de ser —en aquel momento—, una expresión aún irreal en nuestro país.

No obstante si la expresión era irreal, no era absolutamente inexacta. A finales del siglo XIX, existía ya en España una auténtica escuela neurológica, fundada por un gran neurólogo: Luis Barraquer Roviralta. Tras unas notas biográficas, trataremos de exponer lo más importante de su obra neurológica.

Biografía.

Parece ser que entre los antepasados del ilustre neurólogo figura un joven alemán, que, establecido en el pequeño pueblo de Santa Cristina de Aro, se dedicaba a las labores del campo, contrayendo más tarde matrimonio con una muchacha de la región, y que construyó una barraca en las tierras que poseía. Dada la dificultad en la pronunciación del nombre alemán, pronto se le conoció por «barraquer», haciendo referencia a la barraca mencionada, apodo que, como en tantos casos, pasó a designar a sus descendientes, como apellido.

Varios de los descendientes del primero de los Barraquer, fueron gentes de gran calidad intelectual y moral, como Luis Barraquer Roviralta y sus siete hermanos, entre los que figura un canónigo de la catedral y catedrático del Seminario Conciliar de Barcelona, quien realizó estudios sobre las órdenes religiosas de Cataluña, José, iniciador de una escuela y una dinastía dentro de la oftalmología, José Oriol, militar que alcanzó el grado de capitán general de Cataluña y otros.⁵⁰

Luis Barraquer Roviralta, nace en 1855 en Barcelona, donde estudia la carrera de medicina en la que se licencia en 1878. Todos sus biógrafos,⁵¹⁻⁵² coinciden en que fue un magnífico estudiante ya inclinado durante los últimos años de carrera hacia las ciencias neurológicas, ayudando al profesor Bartolomé Robert, catedrático de Patología y Clínica médicas, en la exploración y tratamiento de los enfermos neurológicos.⁵³ También se forma en la neurooftalmología con su hermano José Barraquer, quien le enseña además la anatomía del sistema nervioso, que conocía a la perfección.⁵⁴ La afición a la neurología del profesor Bartolomé Robert ha sido ya señalada en el capítulo precedente.

Luis Barraquer Roviralta recibe una formación fundamentalmente francesa, en las clínicas parisinas al lado de Charcot, Pierre Maríe, Grasset, Babinski, Duchenne de Boulogne y Vulpian.⁵⁵ Esta formación netamente francesa, y por tanto clínica y semiológica, va a marcar y a distinguir no sólo a Luis Barraquer y a su escuela, sino a toda la neurología catalana, prácticamente hasta nuestros días.⁵⁶

Después de sus viajes a Francia, regresa a Cataluña, iniciando en 1881 su actividad clínica en el Hospital de la Santa Cruz de Barcelona, que queda instituida al siguiente año con la fundación en el mismo Hospital de un «Dispensario de Neurología y Electroterapia», que puede ser considerado como el primer Servicio de Neurología de cuño moderno en nuestro país. La importancia para la neurología catalana y española de la Fundación de este «dispensario», como modestamente le llamaba Barraquer, ha sido señalada por diversos autores,⁵⁶⁻⁶² quienes indican cómo a los 27 años fundó este primer Servicio, en el que desarrolló su labor durante 48 años, siendo recompensado con la satisfacción de ser testigo del éxito de la escuela por él creada a la que en todas las opiniones recogidas, se le otorga talla internacional. En ella dio Barraquer Roviralta sus memorables lecciones, en el viejo Hospital de la Santa Cruz, indicando los autores mencionados anteriormente que con esta fundación no solamente se inicia una dinastía de neurólogos, sino que puede afirmarse que nace la neurología en nuestra patria. En 1906 fue nombrado médico de número del citado Centro Hospitalario, en donde le fue concedido un local humilde, casi un sótano, tal vez en acordancia con la humildad y austeridad del fundador, y allí llegaba Luis Barraquer todas las mañanas muy pronto, siendo saludado por el toque de campana preceptivo cuando un jefe de servicio pisaba el umbral del íntimo patio del tradicional Hospital de la Santa Cruz. Allí transcurrían las mañanas del

iniciador de la neurología patria con la compañía de sus colaboradores primero, de su hijo después y de los enfermos siempre.

Este primer Servicio de Neurología, pronto ganó merecida fama. Según he investigado en los archivos del viejo hospital, la consulta de «Electrología y Neuropatología» tenía lugar los martes y jueves para mujeres y los miércoles y viernes para hombres. Aunque se ha dicho que allí se veían de 50 a 60 enfermos por día, según las comprobaciones, las cifras son algo más bajas, oscilando entre 500 y 900 pacientes por mes, es decir entre 22 y 40 enfermos por día. De ellos, 3 ó 4 eran nuevos, y el resto revisiones o aplicaciones eléctricas.

En el año 1921, la casuística del Dispensario de Neurología y Electroterapia del doctor Barraquer Roviralta, fue la siguiente:

Enfermedades del encéfalo y de sus meninges:

– Hemorragia cerebral (hemiplejia) senil y presenil	96
– Reblandecimiento cerebral (Hemiplejia) por embolia	15
– Hemiplejia por lesiones arteriales sifilíticas	25
– Paraplejias y otras parálisis distintas debidas a hemorragias cerebrales de localización distinta	29
– Parálisis parciales junto con graves alteraciones mentales debidas a reblandecimiento cerebral no embólico	19
– Arteriosclerosis cerebral	46
– Encefalitis letárgica o epidémica	10
– Demencia paralítica	12
– Demencia sifilítica	3
– Demencia alcohólica	7
– Enfermedades cerebrales propias de la infancia o contraídas en la vida intrauterina (hemiplejia infantil, diplejia infantil, Enfermedad de Little)	97
– Esclerosis cerebro-medular múltiple	7
– Absceso cerebral de origen ótico	2
– Parálisis de nervios craneales por fractura de la base del cráneo	2
– Tumor cerebral	5
– Meningitis cerebral sifilítica de la base	9
– Hidrocéfalo congénito	3
– Microcefalia	5
– Meningitis tuberculosa	11
– Aplasia cerebral y cerebelosa	7
– Corea crónico del adulto o familiar	2

– Parálisis bulbar (labio-gloso-faríngea)	2
– Corea de Sydenham, agudo	31
– Enfermedad de Parkinson (parálisis agitante)	12
– Enfermedades degenerativas de origen sifilítico (tabes dorsal)	29
– Mielitis sifilítica y meningomielitis sifilítica	33
– Mielitis de origen infeccioso no sifilítico	5
– Mielitis traumática	7
– Mielitis por compresión por caries vertebral	11
– Atrofia muscular progresiva y siringomielia	6
– Parálisis dorsal espasmódica familiar	1

Enfermedades de los nervios:

– Parálisis del facial por infección reumática y tóxica	39
– Parálisis del facial de causa ótica	4
– Polineuritis y neuritis por infección o intoxicación	8
– Neuritis por compresión	15
– Neuritis por fatiga	5
– Neuritis cancerosa	1
– Parálisis atroficas de músculos de los extremos de origen articular	18
– Parálisis de los músculos oculares por infección y por compresión	7
– Parálisis de los músculos de los miembros superiores por efecto de extensión forzada en partos distócicos	4
– Parálisis de músculos de miembros por neuritis en anestesia clorofórmica	7
– Neuralgia del trigémino	7
– Neuralgia del plexo braquial (neuritis tóxica o infectiva)	8
– Neuritis ciática (tóxica, infectiva y por compresión)	39
– Enfermedad de Rainaud y acroneurosis	7
– Atrofia muscular miopática	7
– Epilepsia llamada esencial	21
– Histerismo	11
– Cefalgia (tóxica e infectiva)	8
– Síndromes neuropáticos neurasteniformes	11
– Acroparestesia (Enfermedad de Schultze)	10
– Temblor hereditario	4
– Enfermedad de Basedow y síndromes debidos a hipertiroidismo	15

Unos años más tarde fundó otro consultorio semejante en el Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, muy dignamente continuado por Subirana.⁶³ En ambos departamentos alcanzó con su actividad neurológica notables triunfos reconocidos en Barcelona, Cataluña, España y en todo el mundo interesado en la neurología. Los propios catedráticos de la Ciudad Condal le pidieron que expusiera en clase sus conocimientos neurológicos. Incluso un hombre que cuidaba tanto las lecciones que salían de su cátedra como era Ferrer Solervicens, le invitó con gran frecuencia a profesar en su cátedra.^{64, 65}

En 1922 fue nombrado académico de la Real de Medicina y Cirugía de Barcelona, en la que leyó su discurso de recepción el 4 de junio de 1922, sobre *El valor semiológico de la contracción ideo-muscular*, siendo contestado por don Luis Cirera Salsé.⁶⁶ En la Academia –como en toda la ciudad– gozaba de inmensa autoridad científica, siendo excepcionalmente discutidos sus diagnósticos o interpretaciones de las afecciones neurológicas. Sus intervenciones en la Real Academia, eran escasas y limitadas al campo neurológico. Una anécdota de la Academia nos relata Martí:⁶⁷ «Por aquellas fechas era frecuente que al tener que dictaminar la Academia sobre algún caso en litigio de accidente de trabajo, si el asunto no era muy claro, se citaba al obrero para un día de sesión plenaria y se le hacía entrar en el salón de sesiones, donde todos los académicos podían examinarle y manifestar su opinión. En una de estas sesiones, en la que se discutía el caso de un enfermo afecto de ciática, que alguno de los académicos pretendía que podía ser un simulador, Barraquer –que ya lo había visto anteriormente y sabía que no lo era– sin decir palabra, se saca del bolsillo un manojo de llaves, lo arroja a los pies del enfermo y le ordena que lo coja. El buen hombre queda un momento perplejo, y por fin se decide a agacharse, pero ejecutando una serie de contorsiones... Barraquer explicó la razón de los movimientos... de manera que todos quedaron convencidos y nadie se atrevió a sostener la posibilidad de que aquel enfermo fuera un simulador».

Parece ser que ocasionalmente realizaba diagnósticos rápidos y espectaculares, como ocurrió en un caso en que por la marcha del enfermo al entrar en la consulta, comentó Barraquer el diagnóstico, afirmando que no viviría más de dos meses, como así efectivamente sucedió, pese a aparentar un buen estado general en aquel momento.⁶⁸ Barraquer Bordas confirma esta característica «... su esforzada y algo árida carrera le había conducido finalmente a un cierto prestigio, no altamente pregonado por el momento en la ciudad y en

el país, pero sí un prestigio cierto, de neurólogo docto, cuyos diagnósticos se habían ido haciendo irrefutables por sus colegas, aceptados seguramente las más de las veces con mayor admiración y respeto que con auténtica comprensión. Al ver andar con un ligero taconeo a un hombre de media edad calificado de neurasténico, formulaba un rápido diagnóstico de parálisis general progresiva y auguraba su pronto fallecimiento. Al ser consultado por un enfermo que sufría dolores en ambas piernas calificadas de ciática bilateral exploraba inmediatamente las pupilas y, habiendo encontrado un signo de Argyll-Robertson, hacía el diagnóstico turbador de tabes. Se hacían famosos sus diagnósticos de tumor del ángulo pontocerebeloso, que luego confirmaba la necropsia realizada en el antiguo Hospital de la Santa Cruz, etc. Su prontitud diagnóstica no le apartaba sin embargo, de la necesaria cautela, tanto mayor, desde el punto de vista médico-social, cuanto más iba encumbrándose su fama». ⁶⁹

En cuanto a su carácter, fue hombre modesto y bondadoso, cordial, de espíritu sencillo, ascético, que tendía al misticismo, sin preocuparse de los actos sociales brillantes tan frecuentes en aquella época. En su expresión era claro en sus ideas y preciso en sus frases. Exponía con concisión y se apoyaba con gran frecuencia en su experiencia personal. Físicamente fue hombre de baja estatura, nervioso, movedizo, amable, de mirada penetrante, de porte menudo y muy cordial. ⁷⁰ ⁷¹ En sus años mozos fue buen aficionado a la caza y más tarde a la cría, cuidado y observación de las palomas mensajeras. Sus horas de reposo las pasaba en su casita de campo de San Climent del Llobregat, donde observaba sus animales de experimentación, cuidaba sus palomas, charlaba con los campesinos y cazaba ocasionalmente. ⁷² Por la originalidad de su especialidad, su dedicación al electrodiagnóstico y quizás también por la sencillez de sus maneras, se le llamaba «el médico de las pilas». ⁷³ Salarich, ⁷⁴ ratifica este carácter sencillo y trabajador: «... treballava assiduament fins arribar a un resultat profitós, donant a conèixer les seves investigacions amb la senzillesa i modistia que caracteritzava tots els seus actes... La humilitat del seu esperit el feia assequible a tothom... Home de costums i tracte modestíssim, aficionat al camp on pasava tots els dies que li permetien les seves obligacions, el veiem alternar amb els camperols en les seves hores d'esplai; en la seva caseta de San Climent del Llobregat buscava esbargir-se fugint de la vida bulliciosa de la ciutat, i s'avenia més al tracte d'aquella pobra gent que al fastuós i frívol de la societat. En el camp compartia el goig de la vida tranquil·la amb les seves aficions: la

casa y la cura dels seus estimats coloms missatgers, així com no abandonaba els seus estudis d'experimentació». «Animat sempre del desing d'investigació i d'especulació científica, per tal de contribuir a fer claredat sobre molts punts obscurs de la seva especialitat.... En el terreny professional la seva delicadesa en el tract amb els companys era extremada, considerant per igual el metge de recent formació que el ja carregat d'experiència i de vàlua. Arribà fins al sacrifici del seu amor propi per tal que el metge no hagués de sofrir una disminució de la seva dignitat i prestigi; tots els metges que el tractaren: companys i deixebles, tendieu tribut de respecte i admiració a l'home de ciència, al savi neuròleg, al modest i senzill metge».

Barraquer Bordas relata la vida sencilla y sacrificada de su abuelo:⁷⁵ «Tales esfuerzos médicos de L. Barraquer Roviralta se desenvolvían por lo demás, en un clima callado y de sacrificio, lejos de todo relumbrón. Era un hombre efectivamente traumatizado por la muerte temprana, muy precoz, de sus dos esposas consecutivas, educado con calor, pero bajo el peso de una cierta rigidez, por un padre que tenía ya 60 años cuando él nació, un padre que había nacido cuando los inicios de la revolución francesa. Era el último hermano varón del matrimonio, habiendo seguido los otros tres, como hemos dejado dicho ya, una carrera brillante en sus respectivos campos. Su otro hermano médico gozaba del prestigio otorgado por una especialidad más brillante, por una carrera universitaria de gran vuelo y también, por una personalidad extraordinaria que aún recuerdan viejos médicos de nuestro país. Su conocimiento de la anatomía normal y patológica era impropio de un especialista. Durante el período en que Ramón y Cajal residió en Barcelona, J. A. Barraquer Roviralta era, además del primer oftalmólogo de la ciudad, el segundo anatomopatólogo de la misma. En los tribunales de licenciatura preguntaba a los examinados sobre todas las materias de la carrera, mucho más sobre las fases de la cirrosis hepática que sobre el glaucoma o la patología conjuntival. Evidentemente, la situación médica de Luis el viejo era de menos brillo, sobre todo ante sus conciudadanos. Por otra parte, su salud, muy frágil, quebradiza ante un enfriamiento, etc., le impedía o, al menos, le dificultaba el desplazarse a otros ambientes, donde exponer sus enseñanzas o beneficiarse directamente de un intercambio científico. La única vez en que se trasladó a la Cerdaña, debió retornar al día siguiente, afecto de un severo resfriado o gripe. Ya Rodríguez Arias, en la nota biográfica que publicó de inmediato en ocasión de su muerte, lamentaba que esta falta de solidez física doblada por sus

dolores efectivos, le hubiera impedido por ejemplo acudir a la «Société de Neurologie de Paris», para exponer allí decía aquel biógrafo, sus enseñanzas neurológicas trascendentales. Por otra parte, Luis Barraquer Roviralta y su hijo Luis estaban íntimamente unidos en un círculo familiar pequeño, del que participaba en menor grado o al menos de otra manera, el hermano mayor Enrique, cuyo estilo de vida era otro. El padre vivía entregado a un trabajo médico de benedictino y amaba mucho el campo, Sant Climent del Llobregat concretamente, la gran afición también de su hijo. El temple vital del padre estaba impregnado de cierto aire triste e irritable, de una tendencia acusada a la inquietud, incluso motriz (visitaba y comía sentado en un balancín), acompañado todo ello de un humor sumamente ocurrente y agudo, indulgente para los demás, pero que tenía un cierto carácter simbólico de escapismo de sus penas morales y que por ello las transparentaba o mostraba, siquiera fuera por alusión de contraste. Los ancianos de Sant Climent del Llobregat han recordado y recuerdan aún sus bromas, penetrantes, incisivas, rápidas, así como los motes, nunca vejatorios, con los que había calificado a veces de manera perdurable, a quienes compartían allí sus horas. Cuando un destacado personaje de la vida política local se casó de nuevo, ya añoso, la broma que llevó a cabo Luis Barraquer Roviralta era fantasear que iba a pedir en matrimonio a la joven hija de un leñador vecino del pueblo de Torrellas, lo que nos ha sido repetidamente contado aún muy recientemente por el hermano de la presunta protagonista, lleva prendada, junto a su ingenio y espontaneidad, junto también a su capacidad de contacto con aquella gente sencilla y tan leal, la amargura de su situación de años, bien expresada, en esta fantasía de igualar a quien de nuevo encontraba compañía.

Aún queda por decir, si bien se habrá ya adivinado, que la situación económica de Barraquer Roviralta era francamente baja, lo mismo si se piensa en lo que pudo heredar, que fue nulo, que en la modestia de sus ingresos. Su hermana menor Conchita, debió ayudarle en este sentido durante algunas épocas».

Barraquer Roviralta, enviuda en edad aún temprana quedándose con un hijo Enrique Barraquer Sola. Contrae segundas nupcias con doña Ana Ferré, naciendo de este matrimonio el segundo neurólogo de la generación, Luis Barraquer Ferré, cuya madre también muere de un cáncer de matriz cuando el pequeño Luis contaba 3 años. Roviralta dedicaba mucho tiempo a la educación y compañía de su hijo, quien siempre se refería a su padre como maestro y amigo además de padre.

Existió aquí, según síntomas, un gran amor paterno filial, perfectamente correspondido por el cariño y el respeto del hijo al padre. A ello se añadió, el agradecimiento y admiración del discípulo hacia el maestro en lo referente al hijo, y la satisfacción del maestro de ver una obra científica y educativa realizada en su hijo, en lo referente al padre. Quizá también la repetida y juvenil viudedad influyó en una gran dedicación afectiva y docente hacia su hijo.

Luis Barraquer Roviralta murió serenamente el 12 de octubre de 1928 en «Villa Monserrat» su casa de campo de Sant Climent de Llobregat. Acorde con su carácter tuvo una muerte sencilla, apacible, lejos del ruido mundano y rodeado de su familia más próxima y de sus queridas palomas mensajeras.

Salarich⁷⁶ refiere –en su lengua materna– el acontecimiento: Si senzilla i modesta fou la seva vida, així mateix fou la seva mort que s'escaigué l'any 1928 en la seva casa de San Climent, rodejat dels seus que tant estimava y acompanyat dels camperols que tant al volien.

Murió el Dr. Barraquer, però el seu nom perdura i la seva Escola, fruit de tota una vida d'esforç i de treball, resta per mantenir el nom de la neurología catalana arreu del món en el lloc preeminent en què fins a la seva mort va mantenirla aquell gran català que fou el Dr. Lluís Barraquer Roviralta.

Obra

La obra neurológica de Luis Barraquer Roviralta presenta una serie de características que creo pueden ser agrupadas bajo las connotaciones de innovadora, científico-experimental, puramente neurológica y de orientación clínica y semiológica.

a) Innovadora

A finales del siglo pasado, cuando Roviralta inicia su actividad en Barcelona, no existía en España ninguna actividad neurológica en el moderno sentido de la palabra. Había un gran desorden en cuanto al saber y proceder acerca del sistema nervioso, y –salvo excepciones– faltaba unidad de criterio, sobraba discusión y retórica, y se hacía indispensable una investigación anatomoclínica y una aguda y constante observación del enfermo, que –apoyándose en la labor desarrollada en el extranjero–, fijase, encuadrase y divulgase los cuadros nosológicos que los grandes clásicos de la neurología estaban describiendo, singularmente en Francia.

Esta labor fijadora, decantadora y también en parte creadora, que en neurología lleva aparejados los nombres de Charcot, Romberg, Duchenne, Babinski, Pierre Marie, Oppenheim, etc. fue la que realizó Barraquer en Barcelona.

b) Científico-experimental

El método de Roviralta, se aparta de la especulación estéril que tan en boga estaba en los años en que comenzó su labor en España. Indudablemente influido por sus maestros –todos ellos fieles al método Bernardiano– Barraquer se muestra en sus trabajos, claro, sincero, poco especulativo, experimental y netamente moderno.

La «fidelidad a lo que se ve» fue también virtud de Barraquer, quien siempre hizo gala de su buen sentido, frente a la ignorancia y garrulería en que se desenvolvían una buena parte de las discusiones académicas de la época, en lo referente al sistema nervioso.

c) Exclusivamente neurológica

Roviralta es el primer neurólogo que dedica su actividad médica, única y exclusivamente a la neurología clínica. Incluso en épocas muy posteriores, medio siglo más tarde, la mayor parte de los neurólogos que de pleno derecho merecieron tal nombre, realizaban una actividad nada desdeñable en psiquiatría o en psicología. Valga el ejemplo del insigne Lafora, neurólogo de conocimientos solidísimos y de merecida categoría universal, que se distinguió asimismo como psiquiatra de valía.

d) Orientación clínica y semiológica

La orientación hacia la clínica y la semiología, en Luis Barraquer Roviralta, es muy probablemente una consecuencia de su formación al lado de los grandes clínicos franceses. No existen muchos documentos sobre sus estancias en Francia, durante los años 79 y 80, Guilly⁷⁷ señala su formación con Charcot, P. Marie, Grasset, Babinski, Duchenne de Boulogne y Vulpian, y en la nota necrológica que la *Revue Neurologique* (la más prestigiosa revista de neurología clínica, que se publica en París), le dedica a su hijo Barraquer Ferré, puede leerse ⁷⁸ que Roviralta «... había estado en contacto con los grandes neurólogos franceses de la época: Charcot, Pierre Marie, Grasset y Babinski».

Estos grandes neurólogos franceses, apreciaban sinceramente a

Barraquer Roviralta, hasta el punto de que cuando dos hermanos afectos de atrofia que hoy conocemos como de Carcot, acudieron a París a ser explorados por el propio Charcot, éste les indicó que no hubiera sido necesario tal desplazamiento, ya que en Barcelona, Barraquer conocía exactamente igual que él la enfermedad que muy poco tiempo antes el maestro parisino había descrito.

Barraquer recoge el estilo de tales maestros, que materializa en observaciones y exploraciones muy completas, descripciones clínicas detalladas y fieles, y comprobaciones anatomo-clínicas que valora como la mejor de las fuentes de aprendizaje. De él se ha dicho:⁷⁹ «...aprende de su padre lo que ha de ser el sello peculiar de la escuela neurológica de los Barraquer: la tendencia a lo objetivo, a la clínica práctica y al diagnóstico precoz»

Esta orientación preferentemente hacia la clínica y la semiología queda patente en el gran número de trabajos que dedicó a tales temas, como veremos a continuación.

La obra neurológica de Barraquer Roviralta abarca gran parte de la neurología. Tuvo, empero, afición o preferencia hacia ciertos temas, en los que sus publicaciones tienen la máxima calidad. Hemos agrupado estos temas en los apartados de: semiología, sistema nervioso periférico, lepra nerviosa, síndromes extrapiramidales, patología neuromuscular, nuevos síndromes y terapéutica.

Semiología

Describió y estudió Barraquer Roviralta la contracción idiomuscular,⁸⁰ en la que diferencia dos partes: la depresión y la propulsión muscular. Señaló que en su opinión: «en la tabes es notable el contraste entre la abolición del reflejo aquileo y la exaltación del ideomuscular, que se pone en evidencia en el momento en que se asciende en la percusión por la cara posterior y se llega al vientre de los gemelos». Denominó a este fenómeno «Contraste de la contracción». Observó, poco después que Babinski, que la contracción idiomuscular está abolida o disminuida en la distrofia muscular progresiva, así como sus modificaciones en la miotonía congénita de Thomsen. Indicó el aumento de la contracción ideomuscular en las neuritis tóxicas, infecciosas, traumáticas y experimentales,⁸¹ en la hipotonía cerebelosa, (tumores de fosa posterior) así como su aumento en la anestesia clorofórmica y aún más en la raquianestesia. También observó el aumento de esta reacción en la diabetes, el alcoholismo, arsenica-

lismo, intoxicación por monóxido de carbono, caquexia tuberculosa o cancerosa, atrofia muscular senil y atrofia miopática (excepto las regiones en pseudohipertrofia), en la claudicación intermitente, las neuritis, las regiones con anestesia leprosa y el mixedema.

Está, en cambio, abolido en las hipertónicas cerebrales o medulares.

Estas observaciones clínicas las confirmaba Barraquer mediante la experimentación, sacrificando conejos y manteniendo un cuarto trasero en condiciones de calor y ambientales adecuadas, y observando el aumento de la reacción idiomuscular.

Señaló la rigidez pupilar en los alcohólicos, y para el estudio de la dismetría ideó la «prueba del martillo», invitando al enfermo a que intente clavar un calvo con un martillo, prueba sutil para despistar ligeras dismetrías.⁸²

También se ocupó de la significación de los trastornos tróficos y vasomotores que aparecen en las diversas enfermedades neurológicas, tendiendo a incluirlos en el campo orgánico, antes que en el pitiático, como se venía haciendo.⁸³

Demostró que en ciertas hemiplejias, el reflejo plantar puede producirse en hiperflexión patológica, en lugar de la extensión habitual del primer dedo, este fenómeno fue detenidamente estudiado por Barraquer⁸⁴ en un niño de doce años que en el curso de una septicemia sufrió un ictus que le ocasionó hemiplejia derecha. En este enfermo el estímulo cutáneo de su planta del pie «determinaba una respuesta refleja caracterizada por la hiperflexión plantar de todas las falanges de los dedos».⁸⁴

Insiste en diferenciarlo del reflejo plantar normal: «No hay aquí una flexión rápida, moderada y aislada del dedo gordo del pie, como es normal, sino que se produce una hiperflexión de todas las falanges de todos los dedos, que se caracteriza además por su falta de instantaneidad, por su duración y por su tenacidad».

Con la misma riqueza descriptiva, se expresa en la publicación en francés en la *Revue Neurologique*⁸⁵: «L'état du réflexe plantaire, que l'on voit dans la figure, s'écarte, comme je l'ai déjà dit, du type normal de l'adulte, par l'extreme degré de la flexión plantaire; et par sa forme en flexión, il s'écarte aussi du type commun paralytique par lésion du système pyramidal, parce qu'il ne s'agit pas du signe des orteils, caractérisé par l'extensión en flexión dorsale du gros orteil avec ou sans accompagnement des autres; ici, toutes les phalanges, de tous les orteils, se trouvent en hyperflexion plantaire par l'effet de l'excitation

cutanée appropriée. C'est l'inversion absolue de la formule de Babinski».

Este reflejo en hiperflexión patológica de Barraquer, se ha considerado como la primera descripción del actualmente llamado «reflejo de la prehensión forzada del pie», que Marañón, en sesión de la Real Academia de Medicina de Madrid, propuso llamar «signo de Barraquer».

Este reflejo en hiperflexión patológica o de prehensión forzada del pie, fue relacionado por Barraquer Roviralta con las lesiones piramidales, relación que habían de trasladar las investigaciones de Barraquer Ferré y de Fulton⁸⁶ hacia la corteza frontal promotora.

Conviene deslindar este signo de Barraquer, del reflejo plantar en flexión de Guillain y Barré, que aparece en lesiones piramidales medulares en fase de shock espinal, y cuya significación patológica es distinta.

Describió también el valor semiológico de la «marcha de pequeños pasos» en los síndromes de esclerosis cerebral, así como la retracción atrófica del hemisferio que sufre un infarto. Observó la dificultad para producir la onda de Schiff en los síndromes parkinsonianos, a causa de la hipertonia⁸⁷ y señaló que en las hemiplejias por parálisis cerebral infantil la atrofia del lado afecto puede invadir la hemicara.⁸⁸ Realizó también un interesante estudio semiológico y de diferenciación diagnóstica acerca de las contracturas periféricas, analizando sus etiologías posibles (quirúrgica, histérica, etc.).⁸⁹

Sistema nervioso periférico

Fue éste uno de los temas que Barraquer Roviralta investigó experimentalmente publicando sus observaciones en 1910⁹⁰ y 1928.⁹¹ El mismo Barraquer relata sus experiencias, observaciones y conclusiones: «Después de la sección del ciático en el conejo, de fácil acceso, aparece la degeneración del nervio, que ya se aparenta microscópicamente por la alteración de los elementos componentes de la fibra primitiva al cabo de unas horas o de un día. Pero al propio tiempo se verifica un trabajo conjuntivo de protección y aseguración para la evolución cíclica del proceso walleriano. De manera que existen juntos dos trabajos, uno de destrucción y otro de formación protectora.

Este empieza por la fijación y aproximación de los dos cabos central y distal a uno u otro órgano vecino que sirva de punto de

apoyo tal como músculos, periostio, etc. Al cabo de tres semanas se hallan ya los dos cabos fijados sobre estos elementos basales mediante una tenue membrana laminosa a manera de telaraña.

Esta formación conjuntiva se espesa y refuerza, reteniendo los dos cabos entre sí y sobre el músculo, aponeurosis, etc., en que se hallan implantados. De modo que a las cuatro o cinco semanas podemos ya observar este estado como claramente lo demuestra la figura. Se sistematiza en forma de una atmósfera de protección y retención de los dos extremos de la sección nerviosa a la manera de un callo de fractura.

Prosiguiendo su evolución, esta atmósfera de tejido laminoso que engloba los dos cabos, los fija en situación apropiada para su unión, facilitando así la evolución nerviosa elemental regenerativa. Para ello se desprende globalmente del asiento en que hasta entonces había estado sujeta, quedando libre en la forma de una cuerda que retiene soldados los dos cabos nerviosos.

Si entonces se hace aparente el campo operatorio tal como al principio del experimento, no se halla solución de continuidad en el nervio, sino que se ve un cordón continuo en cuyo punto de sección habida, la cuerda se halla engrosada. El callo conjuntivo tiene por objeto servir de puente de paso para las fibras nerviosas de nueva formación, que a través de él deberán pasar para la reconstrucción del sistema nervioso periférico.

Después de la sección, los elementos nerviosos periféricos mueren; luego viene la regeneración, que se verifica por medio de la formación y proyección de los elementos nuevos por la vía o vestigio correspondiente al cabo periférico.

Las figuras demuestran cada una, una fibra primitiva de un nervio ciático seccionado desde dos días. Se observa el primer fenómeno degenerativo constituido por la segmentación de la mielina en gran número de trazos parecidos. Estas porciones de mielina no son ya todas bien regulares, sino que algunas tienden a redondearse. En la figura se hallan las fibras en pleno período degenerativo; la mielina, en forma de bolas o esférulas por efecto de su cohesión propia, de magnitudes muy distintas desde la de hacer prominencia en el tubo nervioso hasta ser de pequeñas dimensiones como gránulos.

La reacción formatriz se aparenta por el engrosamiento del protoplasma de Schwann y la multiplicación de los núcleos con abundantes células jóvenes. Los elementos degenerados, tales como los detritus y granulaciones de mielina, son resorbidos por los nuevos elemen-

tos que constituyen los cuerpos granulosos. Por efecto de estas metamorfosis destructivas de una parte y neoformativas de otra, el tubo nervioso deja de guardar la forma cilíndrica y de una parte se vuelve moniliforme, formando dilataciones a nivel del acúmulo protoplasmático, de los núcleos y detritus de mielina, etc., y de otra parte se halla estrangulado y vacío en mayor o menor extensión en donde se aparenta la vaina de Schwann conservada.

El cilindroeje, en esta degeneración walleriana, pierde pronto su textura, se destruye y deja de aparentarse, confundiéndose sus rostros con los demás detritus de resorción».

Barraquer Ferré, expone conclusiones de los trabajos de su padre, en este campo⁹²: «Las experiencias de Barraquer (Roviralta) y Van Loir han demostrado que en un animal con la sección aséptica de un nervio y cicatrización por primera intención, la conductibilidad no se restablece hasta al cabo de ocho meses a dos años, según el sitio de la sección y el nervio afectado, pudiendo afirmarse de una manera aproximada que el tiempo empleado en la regeneración se halla en razón inversa del diámetro y de la sección del nervio y de su proximidad central. Si la separación ha sido de un centímetro o más, la restauración se hace con mayor lentitud».

En el mencionado trabajo *Estudio experimental de la degeneración y regeneración del sistema nervioso periférico*,⁹³ no sólo observa la regeneración con y sin sutura así como las consecuencias funestas de la sutura a tensión, sino que también estudia el paso de la corriente eléctrica por los nervios en regeneración.

En el que publica en la *Revue Neurologique de Paris, Etudes cliniques et experimentales de Neurologie. Dégénération et régénération du Système nerveux périphérique*,⁹⁴ llega a las siguientes conclusiones:

1.º) «En los casos clínicos de degeneración neuromuscular por alteración nerviosa como en los casos experimentales de degeneración walleriana, la contractilidad eléctrica no desaparece en la segunda semana de la lesión; desaparece en tiempo indeterminado en los casos clínicos, pero este período es superior a dos semanas».

2.º) «El signo eléctrico de la degeneración nerviosa, caracterizado por la lentitud de la sacudida, se constata bajo el impulso de una u otra corriente».

3.º) «Este signo precede la extinción de la contractilidad farádica a la excitación directa».

Indica, además, las limitaciones de las suturas y la precaución que

debe tener el cirujano de no tomar por neuroma un simple engrosamiento cicatricial favorable para una regeneración ya iniciada.

Lepra nerviosa

Se ocupó Barraquer Roviralta no sólo del estudio semiológico y patológico de la polineuritis leprosa, sino que realizó una estadística de leprosos, continuada más tarde por Barraquer Ferré.⁹⁵ Localizó la distribución preferente en Alicante, Valencia, Castellón, Tarragona, Andalucía y Galicia, observando que «este último no es autóctono, sino que está constituido por los repatriados que han traído el mal de America»⁹⁶ distribución confirmada ulteriormente por el excelente estudio geográfico de Jaime Peyrí (*La lepra en Cataluña*, 1934). Observó también su relación con la raza hebrea.⁹⁷

Es, sin embargo, en la observación clínica, donde realiza su mejor trabajo en este tema, describiendo las alteraciones de la motilidad y sensibilidad de la cara en esta enfermedad, de la siguiente manera⁹⁸: «Consiste en una zona de anestesia facial superior que comprende la frente, las órbitas, la nariz y parte de las regiones maseteriana y temporales. Esta zona anestésica está limitada por una zona igualmente sinuosa de hipoestesia. Además del trastorno sensitivo existe cierto grado de paresia de los músculos subyacentes al territorio anestésico, paresia que se manifiesta por la imposibilidad de cerrar los ojos, junto con una lagofalmo más o menos evidente». Llamó –muy gráficamente–, a este trastorno sensitivoparético: «Máscara anestésica leprosa».

Su trabajo fundamental en este campo fue publicado en París, en 1914 y 1915, *Contribution a la symptomatologie du système nerveux périphérique*⁹⁹ en el que –con gran profusión de grabados, como es habitual en él– estudia la semiología de esta afección, describe la mencionada máscara anestésica leprosa, e indica que la anestesia, la hiperalgnesia y la afectación periférica, constituyen síntomas claves.

Señala la alteración de la sensibilidad profunda en los leprosos: «On a dit et assuré avec trop de conviction que les lépreux n'ont pas d'anesthésie des tissus profonds. Qui contredit cela paraît commettre une hérésie. Mais moi et d'autres qui avons eu l'occasion d'observer un bon nombre de lépreux, nous avons la pleine certitude qu'il existe une hypoesthésie articulaire chez des malades atteints d'infection lépreuse».

Señala también la posible curación espontánea por reabsorción de los tubérculos, el diagnóstico diferencial con la tabes, las alteraciones

tróficas y sus características, indicando cómo los caracteres de la atrofia paralítica leprosa son semejantes a los de otras neuritis tóxicas o infecciosas. Dice que la atrofia no paralítica es frecuente y explica las características de su excitación eléctrica, haciendo el diagnóstico diferencial con la atrofia siringomiélica.

También estudia las contracturas: «En la lepra nerviosa se encuentra el fenómeno de la contractura sin exageración de los reflejos tendinosos».

Como es habitual en Roviralta, aplica el electrodiagnóstico al estudio de esta enfermedad, señalando la reacción de degeneración en las neuritis graves, si bien puede verse cualquier tipo de reacción eléctrica.

Estudia la úlcera de Morvan, a la que atribuye etiología leprosa o siringomiélica, sin olvidar que puede ocurrir en individuos sanos, por infección, especialmente si hay lesiones graves del ciático mayor, y así, cuando aparece en la lepra, lo considera más bien secundario a la afección neurítica del ciático, que causada por factores tóxicos de la enfermedad.

Estudia la «mano en garra de pájaro», también signo característico de esta enfermedad: «hay otra forma de destrucción por reabsorción en la que las falanges se adelgazan en su extremidad terminal hasta terminar en punta como un garfio». Dentro de estos trastornos tróficos leprosos, describió también las hipertrofias que acompañan a veces a las neuritis leprosas.

La iconografía que acompaña este completísimo trabajo consta de 61 fotografías, que ilustran la mayoría de los signos y síndromes leprosos mencionados.

Síndromes extrapiramidales

Si bien realizó Barraquer Roviralta algunos estudios originales en la enfermedad de Parkinson, es en la atetosis donde realiza la aportación fundamental en este campo neuropatológico.

Respecto a la primera afección, describió la dificultad para producir la onda de Schiff en los síndromes parkinsonianos,¹⁰⁰ relacionándola con la hipertonia de esta afección.

Respecto a la segunda, dice Van Bogäert¹⁰¹ «Es Barraquer Roviralta el primero que ha reclamado para la atetosis doble de las diplejias infantiles, un lugar de derecho propio y quien ha afirmado la posibilidad de una atetosis doble adquirida, no ligada a las causas invocadas habitualmente».

Parece ser que la primera descripción de una atetosis doble fue realizada por ALLBUTT en 1872. La primera de causa adquirida fue descrita por HAMMOND en 1876, por lo que puede decirse que la expuesta por Barraquer Roviralta en 1897, es una de las primeras publicaciones en el mundo. Se trataba de un curioso caso de atetosis doble en un enfermo de 37 años, cuya descripción –modelo de plasticidad y viveza– reproducimos,^{102 103}: «Se trataba de un hombre de 37 años, maestro elemental, que no había sufrido neuropatías hasta hace 8 años, pudiendo antes de esta fecha dedicarse a su ocupación. La enfermedad convulsiva sobrevino con motivo de una fiebre tifoidea, a los 28 años, iniciándose por debilidad y por calambres en las distintas regiones musculares de su cuerpo. El establecimiento de tales movimientos tuvo lugar en poco tiempo, desde los síntomas motrices dichos, y desde entonces hasta ahora el conjunto de ellos ha permanecido sin aumentar ni disminuir. Las convulsiones, como se desprende de la adjunta figura 185, se hallan generalizadas a todo el cuerpo, variando las distintas actitudes adoptadas por el mismo, debido a convulsiones que afectan otras combinaciones. Se caracterizan por la lentitud y por la exageración, por acentuarse con las emociones y por disminuir con el descanso físico y moral. Estos movimientos son suaves y de gran extensión, tienen toda la apariencia intencional, asemejándose a los del pulpo o anémona, como dijo Gardner. Cualquiera emoción basta para provocar y exagerar la convulsión, así es que cuando yo le interrogaba, verificaba todo un cuadro completo de convulsión general antes de contestar. Nuestra conversación debió ser por su parte muy lenta, puesto que cada pregunta mía iba seguida de una evolución completa del tronco, cabeza y miembros, después de la cual contestaba. La palabra tenía lugar en dos tiempos: uno inicial, muy prolongado, y otro terminal, excesivamente corto, acompañado de ruido ronco de expiración explosiva. Iniciaba la primera sílaba o vocal, verificaba una evolución completa convulsiva, durante la cual quedaba interrumpido el vocablo, y al terminar aquélla, continuaba y terminaba la palabra o respuesta muy breve, disártricamente y en voz ronca y apagada.

En los miembros superiores, tronco y cuello, es en donde se exageraban más los movimientos. Creo superfluo describir aquí las distintas posiciones, porque eran tan variadas, que debería decir que afectaba todas las posiciones posibles; sin embargo, la hiperextensión de los miembros, el encogimiento y lateralidad del tronco y cuello, hacia uno u otro lado indistintamente, predominaban, existiendo en todos ellos

la mayor discrepancia. Para lograr una actitud general de su cuerpo o localizarla en algún miembro, verificaba grandes rodeos convulsivos sin llegar nunca a la perfección, como muy claro se desprende de las dos figuras adjuntas, en las que se halla con una bandeja en la mano en actitud de pedir limosna. En los miembros inferiores los movimientos no eran exagerados en tan alto grado, predominando la extensión o envaramiento de los mismos. Los pies verificaban movimientos de circunducción, terminando al fin con un estado de aducción, como demuestran ambas figuras.

La marcha era espasmódica, lenta de uno a otro paso, efectuando, especialmente al mover el miembro derecho, lo que denominó Charcot el salto de ánade.

Los movimientos convulsivos de los músculos de la cara eran también extremados, exteriorizando las más opuestas expresiones mímicas. Así es que al comienzo de la evolución convulsiva originada por una pregunta mía, era seria y ceñuda, seguida de otra expresión de repugnancia o de extrañeza y terminaba con la de risa. Nunca la expresión de su fisonomía guardaba relación con el sentido de sus palabras o conceptos emitidos. Cuando el enfermo no era impresionado por algún estímulo o cuando no debía poner en ejercicio su voluntad, entonces las convulsiones generales tenían lugar de tarde en tarde, llegando a pasar cierto tiempo sin sufrirlas, estando limitadas a los músculos de la fisonomía, produciendo visajes más o menos generales, y en sus manos y antebrazos. Pero así que trataba de ponerse en movimiento para la marcha, antes de dar el primer paso, ya verificaba toda una evolución. El comer, como se comprende, tenía que hacerlo en estas actitudes bizarras, por manera que durante el acto de mascar, la cabeza se inclinaba, ya hacia atrás, ya a izquierda, ya a derecha. Pero para beber, podía en unas ocasiones hacerlo a grandes sorbos y con dificultad en otras. Como él sabía el momento oportuno y más fácil, tragaba en éste perfectamente medio vaso de vino que un amigo suyo le acompañaba a la boca.

Los síntomas sensitivos no tenían, ni con mucho, la importancia que los de la motilidad.

El psiquismo del enfermo era, al parecer, normal, por más que debido a su estado general convulsivo, poco podía exteriorizarse».

Patología neuromuscular

Las atrofas musculares o distrofias neuromusculares constituyeron uno de los temas preferidos por Barraquer Roviralta, del que se ocupa fundamentalmente en tres trabajos, publicado uno en 1888, y los otros dos en 1921.

En el primero,¹⁰⁴ titulado *Atrofias musculares*, y que corresponde a una conferencia pronunciada en el Hospital de la Santa Cruz, estudia globalmente las atrofas, analizando sus diversas variedades.

En el segundo, *Atrofia muscular artrítica*,¹⁰⁵ describe la atrofia muscular simple, e indica que no siempre guarda proporción el grado de alteración articular con el de la atrofia muscular consecutiva y que puede hacerse degenerativa «con todos sus signos característicos». Indica también que «en esta enfermedad, el proceso regresivo no se limita al sistema muscular, sino que se extiende a todos los demás sistemas y tejidos del segmento, tanto el conjuntivo como el vascular, como el nervioso y como el óseo, sin que ninguno de ellos pierda su propiedad funcional».

Presenta un caso de amputación de primer dedo de pie, que desarrolló atrofia de la pierna y pie, a pesar de la escasa limitación funcional que padecía, y otros casos similares, con profusión de fotografías y radiografías. Ya en este trabajo inicia la idea que más tarde dará origen a la hemiatrofia generalizada de Barraquer, ya que dice textualmente: «La enfermedad tiene un límite anatómico que está representado por la línea media del cuerpo, exactamente. Igual como lo están muchas manifestaciones nerviosas de origen central, materiales o neuróticas, lo están también esos procesos tróficos».

También señala –al comienzo de la enfermedad– el aumento de la contracción ideo-muscular, en cambio –dice–: «Cuando el músculo es muy reducido y lo es de tiempo, esas reacciones no sólo no se hallan exageradas, sino que se hallan disminuidas de intensidad con relación al tipo inicial y al normal».

También estudió estos enfermos eléctricamente –como solía hacer– señalando una disminución cuantitativa en las reacciones eléctricas.

Respecto a la etiología, indicó que puede no ser por lesión articular, sino que también puede originarse a raíz de lesión ósea, muscular o tendinosa, presentando un caso publicado por el doctor Margarit en *Gaceta Médica Catalana*, que desarrolló una atrofia del antebrazo «por efecto de un aneurisma de la arteria radial operado».

En el tercer trabajo consagrado a estos temas,¹⁰⁶ presenta el caso de un enfermo de 50 años, que habiendo sufrido un trauma y amputación de los dos primeros dedos de pie izquierdo, desarrolló «tirantez y encogimiento en flexión de la pierna sobre el muslo y seguidamente también el mismo fenómeno por parte de los músculos que flexionan el pie en aducción».

Refiere posteriormente que se acompañaba de dolor en la zona y que existía una atrofia de 3 centímetros en pantorrilla y de 1 cm. en el muslo, que interpreta como atrofia muscular artrítica, y separándola cuidadosamente de las atrofas por parálisis y de las contracturas por disquinesias (atetosis).

Expone el concepto de tono y las vías que influyen en el mismo: «1.º) Organos en que se origina la excitación sensitiva. 2.º) Las vías aferentes o sensitivas. 3.º) Los centros de regulación del tonus. 4.º) Vías descendentes de asociación a los núcleos medulares del tonus. 5.º) Núcleo autónomo tonomotriz del asta lateral. 6.º) Vías eferentes o del estado tónico», pasando a estudiar cada una de ellas, mostrando su concepto moderno y científico de las funciones y fenómenos nerviosos.

También merece señalarse el diagnóstico diferencial que realiza, con las atrofas de origen cerebral, consignando que en las periféricas la atrofia está limitada a la extremidad afecta, no hay hiperreflexia, es de desarrollo rápido, predominan los fenómenos angiospásticos y es eficaz la hioscina.

Dentro de este campo, pronunció una conferencia en Barcelona, en la que presentó dos hermanos que padecían la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth, dos años después de su descripción princeps, lo que revela su interés por los nuevos cuadros que la pujante neurología francesa iba describiendo y clasificando.

Nuevos síndromes

A) *Lipodistrofia progresiva. Enfermedad de Barraquer*

Describió Roviralta por vez primera la lipodistrofia progresiva, lipodistrofia cefalo-torácica, enfermedad de Barraquer o síndrome de Barraquer y Simons, que dio a conocer en 1906 y publicó en 1907 (*Histoire clinique d'un cas d'atrophie de tissu cellulo-adipeux*,¹⁰⁷ y en *Archivos de Endocrinología y Nutrición* en España.¹⁰⁸

Describió el cuadro clínico caracterizado por la ausencia de tejido graso en la cara, brazos y tronco, en contraste con el tejido graso

normal o incluso con la acumulación patológica de tejido graso en la mitad inferior del cuerpo, especialmente las nalgas, ilustrándolo con varias figuras. Dice Barraquer: «La parte superior del pecho y cuello, a pesar de hallarse disminuidos anormalmente de grasa, no producían especialmente en los brazos, el efecto deplorable que en la cara...» ... «Las nalgas y los extremos inferiores, en cambio, eran voluminosos, formando gran contraste con las regiones enflaquecidas». «Es de notar que en ambos lados la abertura palpebral es más limitada que en el tipo normal y que los ojos se hallan algo hundidos, habiendo, por tanto, cierto grado reconocible de enoftalmo. El diámetro de las pupilas era de tipo reducido».

Describe dos tipos, los típicos y las formas gradativas hacia la normalidad, de la siguiente manera: «El modelo o clásico aparece en la mujer en la edad de 8 a 12 ó 14 años. Se nota el enflaquecimiento de la cara, sobre todo después de una infección común». «Por modo gradual, al enflaquecimiento de la cara sigue el desarrollo voluminoso de las nalgas y de los miembros inferiores cuyo contraste con la cara y pecho, a tardar más o menos, llama la atención de sus familiares.

El contraste va aumentando porque aumenta el enflaquecimiento de la cara y a su vez aumenta el volumen de la región pélvica y del muslo.

En las manos y en los antebrazos la atrofia grasosa es menos aparente porque estas regiones adquieren tipo masculino revelado por el relieve de los músculos y por el de las venas». «El proceso anatómico se limita en las regiones enflaquecidas a disminución y aún casi desaparición del elemento adiposo del tejido conectivo cutáneo-subcutáneo, desfigurando la fisonomía».¹⁰⁹

Después de la descripción original se publicaron diversos casos, en España y en el extranjero. Cabe citar el de Marañón y Blanco Soler en *Endocrinology* de los Angeles¹¹⁰ y el de Pardo Urdapieta en *Archivos de Endocrinología y Nutrición*,¹¹¹ quienes consagran el nombre de Enfermedad de Barraquer.

El mismo Marañón se ocupó más tarde, en 1920 y 1930 del síndrome, en los respectivos trabajos que titulaba: *Un caso de lipodistrofia progresiva con curiosas alteraciones endocrinas*¹¹² y *Sobre la lipodistrofia progresiva (lipodistrofia cefalotorácica)*¹¹³ que contribuyeron a fijar el síndrome.

Un estudio muy completo de esta enfermedad fue realizado por Belarmino Rodríguez Arias, con el título *Lipodistrofia céfalo-torácica progresiva de Barraquer*¹¹⁴ señalando que: «Luis Barraquer Roviralta

describe, en 1906 (*) un caso de atrofia del tejido célula - adiposo (lipoatrofia), sobrevenida a los 18 años de edad, cinco después de haber sufrido una gripe, y limitada a la cara y partes superiores del cuerpo».

«Al año siguiente, 1907, vuelve a describir en Alemania los principales detalles recogidos en la exploración de su enferma de 25 años».

Ya en 1927, el propio Rodríguez Arias había descrito lo que llamaba «Un caso de enfermedad de Barraquer»,¹¹⁵ junto con Cuatrecasas, que fue uno de los primeros casos publicados.

Volveremos a considerar esta curiosa enfermedad en la obra de Barraquer Ferré, quien completó el cuadro clínico, describió nuevos casos e intentó ahondar en su patogenia.

B) Atrofia generalizada hemilateral de Barraquer

En 1925 recoge Barraquer en una publicación la conferencia que el año anterior había pronunciado en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, en diciembre, en la que describe la atrofia generalizada hemilateral¹¹⁶ que lleva su nombre.

Su descripción es la siguiente: «... consistente en la atrofia global de todos los tejidos de la mitad del organismo, de patología simpática y de etiología la mayoría de las veces articular, determinada por lesiones de las extremidades, preferentemente articulares. El proceso atrófico se presenta sólo cuando las lesiones causales son de cierta duración, y se inicia por atrofia artrítica localizada o atrofia simple del segmento afecto.

Más tarde, la atrofia es global; extiéndose a toda la mitad del organismo mucho más apreciable en ambas extremidades homolaterales. La sensibilidad jamás se altera en esta enfermedad».

Terapéutica

Utilizó Barraquer Roviralta la electroterapia con profusión y maestría, a juzgar por el número elevado de pacientes que trataba

* Rodríguez Arias cita como fuente de esta descripción: Barraquer Roviralta, L. *Historia clínica de un caso de atrofia del tejido célula adiposo*. Folleto, Barcelona 1906.

Este folleto verosíblemente correspondía a una conferencia pronunciada previamente y recogida y publicada.

diariamente con este método terapéutico, pero quizás su mayor mérito en este terreno, fue el de haber intuido y comprendido el porvenir de la neurocirugía como camino terapéutico idóneo, en muchos procesos neurológicos. Al igual que Babinski en París animaba a Clovis Vincent a emplear la cirugía como elemento terapéutico de primer orden, Barraquer Roviralta «se impuso por primera vez en nuestro país la obligación de hacer intervenir determinadas lesiones cerebrales y de ofrecer a estos enfermos la única posibilidad de curación que existía» como dice Martí¹¹⁷ acertadamente. Barraquer hizo operar una serie de epilepsias focales, en su mayoría de origen traumático¹¹⁸ y animó a brillantes cirujanos catalanes como Ribas, Estapé y Raventós Ariño en la extirpación de procesos expansivos numerosas veces con éxito.¹¹⁹

En 1910 Cardenal intervino una cisticercosis cerebral, y en 1916 Raventós extirpó un tumor de cerebelo, ambos diagnosticados por Barraquer Roviralta y en ambos la intervención constituyó un éxito.

Dos trabajos importantes realizó el neurólogo catalán en este campo. En el primero, publicado en *La Presse Médicale*,¹²⁰ presenta un caso de gran tumor frontal, con atrofia óptica y gran protrusión subcutánea, sin sintomatología frontal, también operado por Raventós. El segundo constituye la recopilación de una conferencia pronunciada por Roviralta poco antes de su muerte, en 1928, en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, en el curso organizado por Rivas y Rivas, y recogida y publicada por su hijo Barraquer Ferré¹²¹ con el título de *Lesiones de compresión encefálica*, en el que se ocupa de los diversos síntomas y procedimientos clínicos y quirúrgicos en las compresiones encefálicas, especialmente las debidas a tumores. Valorando la época de su redacción (1921) y de su publicación por Barraquer Ferré (hacia 1930), constituye una auténtica recopilación de datos de última hora que son valorados y explicados con singular criterio.*

Rodríguez Arias¹²² expresa elocuentemente la visión terapéutica de Barraquer Roviralta: «Obvió los sinsabores del clásico nihilismo farmacológico y supo intuir el porvenir de una cirugía favorable y avasalladora», y Pedro Pons¹²³ se expresa de semejante manera: «Fue

* Expone fotografías de diversos tumores y las alteraciones que producían en el encéfalo (hidrocefalia) así como fotos de necropsia. Presenta tumores de tercer ventrículo, cerebelo, ángulo pontocerebeloso, hipófisis, hemisferios, etc., y arteriografías cerebrales en tumores. Describe técnicas quirúrgicas siguiendo los trabajos de Cushing, Clovis Vincent, Horsley y otros.

asimismo el primero en España que entrevió las grandes posibilidades de la cirugía nerviosa, como afirma justamente otro de sus discípulos, el doctor Tolosa Colomer».

También en este terreno aparece Barraquer Roviralta como pionero, adelantándose algunos años en mantener esta idea de ayuda, ánimo y confianza en la neurocirugía, idea de la que más tarde habrían de participar otros grandes neurólogos e internistas de la máxima valía y autoridad científica.

Después de lo expuesto, parece pues evidente que Barraquer Roviralta inició la neurología clínica como especialidad única y moderna en España, y que la inició con singular acierto y brillantez. Que también inició una escuela neurológica de extraordinaria calidad, parece quedar probado. Como acertadamente dice Salarich «pogué assistir a la formació al seu entorn i en el seu Servei d'una escola de neurologia genüinament catalana avui reconeguda arreu del món». Varios discípulos se formaron con el maestro barcelonés: Roca i Munner, Guiter, Pérez Casañas, Rahola, Clotet, Figuerola, Tolosa Colomer y su hijo Barraquer Ferré. Sus actividades serán estudiadas en los capítulos siguientes.

SEGUNDA PARTE

NEUROLOGIA DEL COMIENZO DEL SIGLO XX

En esta segunda parte, trataré de la neurología clínica española en los 36 primeros años del siglo, en primer lugar en sus escuelas más representativas, las de Madrid y Barcelona y a continuación las escuelas de provincias, —muy meritorias algunas como la de Santander.

Antes de analizar las peculiaridades de las citadas escuelas, sus hombres y sus obras, expondré algunas generalidades acerca de ambas escuelas y de la neurología de la época.

I. GENERALIDADES

«L'histoire de la Neurologie espagnole se concentre sur deux villes: Madrid et Barcelone, dans lesquelles se sont développées deux écoles, dont les pôles de recherches ont été différents, mais qui ont eu toutes deux une audience internationale.

Les travaux de l'Ecole Madrilène ont été surtout d'ordre histologique, alors que ceux de l'Ecole Barcelonaise ont été principalement de nature clinique».

Con estas palabras resume Sigwald, J., en el discurso de apertura de la Reunión común de la Sociedad Española de Neurología y de la Société Française de Neurologie de 1967,¹²⁴ las características de las escuelas madrileña y catalana, al tiempo que otorga «audiencia internacional» a ambas.

Entre otras peculiaridades que analizaremos, sin duda ésta es la más acusada, la orientación histopatológica madrileña, frente a la clínica catalana, señalada también por Guilly¹²⁵ en la *Revue Neurologi-*

que y por Rodríguez Arias, quien dice¹²⁶: «...y seguir derroteros marcados por el maestro S. Ramón y Cajal (de Madrid) y el insigne Luis Barraquer Roviralta (de Barcelona) en neurohistología y clínica neurológica respectivamente».

Obrador, refiriéndose a Prados Such, señala esta característica de la escuela madrileña: «Miguel Prados forma parte de aquél grupo de neurólogos y psiquiatras españoles que a comienzos de siglo y durante su primer tercio buscaron una orientación histopatológica y somática a sus trabajos guiados por la dirección que marcaron los discípulos de Cajal como Nicolás Achúcarro y Gonzalo Rodríguez Lafora»¹²⁷ y en otra ocasión, también Obrador señala, como los autores franceses mencionados, tanto la «audiencia internacional» de estas escuelas, como sus respectivas orientaciones. En su trabajo *La lección de la vida de Lafora*, dice Obrador: «En aquella época del primer lustro de los años treinta las ciencias neurológicas estaban en España en un momento de esperanzado esplendor. Persistía la labor de la escuela de Cajal, y algunos de sus discípulos, como Tello, Castro y otros, estaban en plena actividad. En los laboratorios de la Residencia de Estudiantes y del Instituto Nacional del Cáncer, Pío del Río Hortega proseguía sus estudios básicos de citología nerviosa y comenzaba el estudio de los tumores cerebrales con muchos colaboradores que acudían a sus laboratorios. En Barcelona, la escuela neurológica de Barraquer, continuada por su hijo Barraquer Ferré y otros, junto con Rodríguez Arias y el joven Antonio Subirana, estaba desplegando una gran actividad. En Madrid, aparte del grupo de Sanchís Banús, Lafora, Sacristán, Villaverde y Vallejo Nájera formaban discípulos a su alrededor en los distintos centros hospitalarios y psiquiátricos. En la Casa de Salud de Valdecilla, de Santander, López Albo y después Aldama iniciaban también una escuela neurológica».¹²⁸

La guerra civil, daría al traste con este «esperanzado esplendor» que decía Obrador, y en la postguerra, replegado el país sobre sí mismo, falto de los beneficiosos intercambios culturales con el extranjero —que había desarrollado entre otros la Junta para ampliación de estudios—, y con los mejores hombres de ciencia en el exilio, en la amargura y el dolor de la lucha fratricida, cuando no víctimas de la injusticia, el atropello o el mismo asesinato, el país tardará en iniciar una nueva etapa de «esperanzado esplendor» en el campo de la neurología.

Rodríguez Arias, resume y lamenta esta circunstancia:

«Deploro que los vaivenes en el arte de gobernar esterilizaron

rápidamente la buena senda de la conquista aludida»,¹²⁹ y Valenciano —en tantas ocasiones fiel cronista de la época— dice: «La catástrofe de la guerra española y sus consecuencias en la postguerra aventó a los maestros de los dos grandes núcleos, Madrid y Barcelona, y los componentes de las escuelas se dispersaron en una dolorosa diáspora que rompía el proceso de maduración y decantación de los valores. Luego, cómo y dónde se pudo, maestros y discípulos reconstruyeron sus vidas y reanudaron sus actividades»¹³⁰ El probable asesinato de Villaverde, el procesamiento de Rodríguez Arias, los exilios de Lafora y Prados y el más dramático de López Albo, pueden servir como ejemplos que corroboran la exactitud de las frases de Valenciano.

II. ESCUELA DE MADRID

A) Características

Entre las peculiaridades de la escuela madrileña, protagonizada por Lafora, Achúcarro, Villaverde, Fernández Sanz, Raúl de Montaud, Sanchís Banús, Prados Such, Obrador, Vallejo Nájera, etc., cinco nos parecen ser las que le otorgan su personalidad propia: 1.º su orientación histológica, 2.º la formación preferentemente germana o germanófila, 3.º la práctica simultánea de la psiquiatría, 4.º el mecenazgo de la Junta para Ampliación de Estudios y 5.º la creación de *Archivos de Neurobiología*. Analizaremos brevemente estas características.

1.º *Formación y orientación histológica.*

La causa quizás principal de esta tendencia morfológica de la escuela madrileña, sea el gran prestigio de la escuela neurohistológica de Madrid, herencia de Cajal, Río Hortega, Simarro y Achúcarro. Los jóvenes, atraídos por este prestigio sólido e internacional, se acercaban a los maestros en histología nerviosa, quienes —aún más entonces que ahora— sólo podrían ofrecerles sus enseñanzas y tal vez un apoyo para una beca, pero, invariablemente, una retribución económica escasa. Quizá esto hiciera que muchos de ellos, con dificultades económicas, trataran de cultivar alguna especialidad que —por tratar directamente al enfermo— pudiera mejorar los generalmente exigüos ingresos del investigador puro. Ahora bien, ¿qué especialidad «rentable» puede elegir el neurohistólogo en una época de inclinación anatómico-clínica? Para contestar a esta pregunta, conviene recordar unas frases de Valenciano: «En las clínicas y laboratorios alemanes se cree avizo-

rar un claro horizonte con el método anatomoclínico; el enigma de las enfermedades mentales se iba a descifrar merced al estudio del cerebro, de las lesiones que habrá que hallar como base de los síndromes o enfermedades que la clínica ofrece».¹³¹ y más tarde, refiriéndose a Lafora, «En sus años en Alemania, la actividad psiquiátrico-neuropatológica era febril». No parece pues descabellado pensar que aquél que conoce las lesiones anatómicas o el modo de descubrirlas, elija la especialidad clínica que sea la expresión vital morbosa de tales lesiones. En este caso la neuropsiquiatría.

Fuera por este u otro camino, es indudable que prácticamente todos los neurólogos del primer tercio de siglo que trabajaron en Madrid, eran o habían sido neurohistólogos de valía. Las actividades que en este campo ejercieron y que avalan esta afirmación, serán señaladas en el estudio de la obra de cada uno de ellos. Baste notar aquí, que el origen es Cajal y su prestigio, y que la corriente neurológica de «culto al cerebro» como decía el propio Cajal, se transmite a Achúcarro, también histólogo, pero con alguna actividad clínica en sus postreros aunque jóvenes años; Achúcarro influye en Lafora, quien ya desarrolla una actividad histológica y clínica al cincuenta por ciento, como le ocurre a Villaverde.

Lafora, a su vez, determina la sólida formación histológica de sus discípulos, Prados Such, Germain, Valenciano, Obrador, Rey Ardid, Llaveró, etc., aunque estos desarrollen —en su mayoría— una labor casi exclusivamente clínica. Entre la función investigadora microscópica de los histólogos de finales de siglo, y la ya casi puramente clínica de los neurólogos clínicos, quirúrgicos y neuropsiquiatras de nuestros días, se encuadra la llamada por Valenciano «Generación dispersa», de actividades histológica y clínica parejas, que caracteriza a la escuela neurológica del tiempo y el lugar objetos de nuestro estudio.

Además de esta orientación morfológica, existió también una cierta actividad neurofisiológica, patente en las experiencias de Lafora, Prados Such y Obrador, como se analizará más adelante. Esta actividad fisiológica, limitada en la cantidad pero no en la calidad, reúne el doble mérito de ser la primera de cuño moderno científico-experimental, así como la única —que nosotros sepamos— realizada hasta hace pocos años en este país.

Rodríguez Arias, resume lo expuesto, en su *Historia de la Neurología española*¹³²: «el ambiente cajaliano —de auténtica enjundia intrínseca, prepotente en los medios centrales— irradió una benéfica influencia, que alcanzó el terreno de la clínica neurológica»; y con

ocasión del Congreso Nacional de Neuropsiquiatría de 1952, dirá: «En Madrid, capital y centro geográfico del país, el prestigio inmaculado y universal de la escuela de Cajal, favorecía la formación y la tarea científica de una pléyade de estudiosos...» «Fernández Sanz, Juarros y Villaverde,... constituyeron un núcleo de histopatólogos y más que nada de clínicos...»¹³³

También Sanchís Banús (discípulo de del Río Hortega) y su escuela (Alberca, Aldama, etc.) participan de este estilo ecléctico histológico y clínico tan característico de la escuela madrileña.

2.º) Formación preferentemente germana o germanófila

La mayor parte de los neurólogos de esta escuela adquirieron parte de la formación en clínicas alemanas, austríacas o suizas.

Como veremos en las notas biográficas, Achúcarro estuvo en Alemania en su adolescencia, y más tarde, ya médico, en el Laboratorio de Alzheimer en Munich; Lafora se formó con Vogt, Oppenheim, Kraepelin y Alzheimer; Villaverde lo hizo con Von Monakow y Bleuler en Zurich, donde también estuvo Aldama; Fernández Sanz visitó las clínicas de Ziehen y Goldscheider (Rudolf Virchow Krankenhaus) en Berlín, y el manicomio de Steinhoff; Vallejo Nájera adquirió la mayor parte de su formación en Viena, visitando la clínica de Von Jaureg, y también en Alemania, y una buena parte de los discípulos y colaboradores de los mencionados, recibieron –de primera o segunda mano– una influencia germana, que les ratificaba en la senda anatomo-clínica. Casi todos hablaban o traducían correctamente el alemán, y en sus bibliotecas hemos podido comprobar el gran número de libros y revistas que poseían en este idioma. La influencia germana es patente incluso en las costumbres de alguno de ellos.

Es –curiosamente– el grupo neurofisiológico, el que adquiere –además– una formación británica o norteamericana. Lafora, Obrador y Prados, además de visitar detenidamente clínicas alemanas los dos primeros, realizan la mayor parte de sus estudios básicos de neurología clínica, quirúrgica, neurofisiología, neuropsiquiatría, etc., en Servicios y Laboratorios de Inglaterra, Escocia, Estados Unidos y Canadá.

Muchos de los que hemos englobado en esta escuela de Madrid, visitaron también y recibieron influencia de las clínicas francesas, pero –como más adelante veremos– son los neurólogos catalanes los que estuvieron más en contacto con las brillantes escuelas clínicas francófonas, de mayor orientación semiológica que histopatológica.

3.º) *Práctica simultánea de la psiquiatría*

Como hemos señalado anteriormente, la escuela madrileña posee una sólida formación histológica. Sabe cortar, teñir e interpretar el tejido cerebral lesionado y –como es lógico– trata de relacionar estas lesiones con los síntomas que presentó el enfermo. Ahora bien, las lesiones morfológicas cerebrales no constituyen sólo el substrato anatómico de los procesos morbosos neurológicos, sino también de una buena parte de los psiquiátricos. Nada tiene que extrañar, pues, que quien busca el avance científico por el método anatomo-clínico aplicado al cerebro, trate de familiarizarse con las expresiones clínicas de estas lesiones anatómicas, que –en ocasiones– pertenecen al campo de la psiquiatría. Existe toda la evidencia de que la mayoría de los componentes de este grupo madrileño se dedicaron al menos parcialmente a la psiquiatría. Lo atestiguan sus publicaciones, la índole de las historias clínicas de sus Servicios (todos ellos titulados de Neuropsiquiatría) o de sus consultas privadas, el nombre de las Sociedades (La Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid se creó en 1932) e incluso la trayectoria de algunos de los discípulos de los miembros de esta escuela, que se realiza –en casos– hacia una vertiente puramente psiquiátrica. Los nombres de Llaveró o Rey Ardid (discípulos y colaboradores de Lafora) pueden servir de ejemplo.

Fernández Sanz atestigua este extremo, diciendo: «... En primer término, la unión de la Neurología y de la Psiquiatría, lo mismo en teoría que sobre todo en la práctica, ha sido aquí siempre muy estrecha; hasta ahora, todos los especialistas de estas materias han sido, singularmente en sus comienzos, a la vez neurólogos y mentalistas, y si las vicisitudes de la vida marcan al cabo del tiempo, en algunos de ellos, una orientación predominante hacia una de las dos ramas, en general subsiste, en la mayoría de los especialistas españoles, la competencia en ambas...»¹³⁴

4.º) *Mecenazgo de la Junta para ampliación de estudios.*

La mayor parte de los componentes del grupo de Madrid fueron pensionados por la Junta, como Achúcarro, Lafora, Prados, Obrador, Villaverde, etc.

Dice Rodríguez Arias a este respecto: «La Junta para ampliación de estudios e investigaciones científicas» de Madrid, favoreció más bien, empero, el acceso a los centros hospitalarios de habla alemana, a un selecto contingente de neurólogos y psiquiatras»¹³⁵ y Obrador:

«Esta actividad tan magnífica y prometedora en su evolución de los años treinta tuvo una gran ayuda en la Junta para la Ampliación de estudios, con su magnífica labor, que permitió el desplazamiento al extranjero de un gran número de nosotros».¹³⁶

Esta labor patrocinadora de la Junta constituía —en cierto modo— un reflejo de la orientación histológica del grupo, ya que al intervenir Cajal en la concesión de las becas —en la primera época— los trabajos histológicos podían ser valorados por él mejor que por nadie.

5.º) *Creación de Archivos de neurobiología*

La finalidad de esta revista queda fijada en las primeras frases impresas en el primer número: «La revista que iniciamos se funda para consolidar y organizar este movimiento científico, para recoger la obra de los maestros y de las nuevas generaciones de investigadores y para dar a conocer en los países progresivos la labor de los estudiosos españoles».

En marzo de 1920, fue fundada por Lafora, Ortega y Gasset y Sacristán y desde entonces se ha publicado —salvo la interrupción de la guerra o inmediata postguerra— regularmente. *Archivos* constituyó la expresión de todo este grupo madrileño cuyo primer motor fue Cajal. Muchos de ellos lo han expresado claramente, como Valenciano, quien la califica de: «... revista madre en la que todos, y sobre todo Cajal, habían publicado trabajos, alguno de ellos los primeros de su producción».¹³⁷ y también Rodríguez Arias¹³⁸ dice cómo *Archivos de Neurobiología*, a partir del año 20, «representaba un magnífico exponente de la vitalidad que indiscutiblemente tenían psiquiatras y neurologos, teóricos y prácticos». La revista publicó temas de psiquiatría, neurología, neurofisiología, psicología experimental, y en general de cualquier tema perteneciente o relativo a las ciencias neurológicas. En su tercer año de vida, sobre 19 trabajos publicados, 11 pueden incluirse en el campo de la neurología clínica (4 de Lafora, 2 de Fernández Sanz, y sendos de Rodríguez Arias, Sanchis Banús, Escuder Núñez, Mouriz y Novoa Santos), lo que puede servir como ejemplo de su actividad. Rodríguez Arias se refiere a *Archivos* como «Publicación elogiada y patrocinada por Cajal»¹³⁹ y más tarde indica su relación con la Asociación Española: «La Asociación hizo partícipe a *Archivos* —como órgano oficial de la misma— de la primacía de sus trabajos (ponencias y comunicaciones) y de los debates sobre materias médico-sociales y sanitarias. Y *Archivos*, en justa correspondencia, fue

«echando la casa por la ventana» en su trayectoria editorial y en su difusión por el mundo. Cajal y Del Río Hortega honraron a menudo sus columnas. Y «tirios y troyanos» se valieron de sus páginas para dar a conocer sus estudios, aquellos que enriquecían el acervo de los progresos neuropsiquiátricos. Contrajimos con *Archivos* una deuda de gratitud...» «... Se trata de un símbolo...»

Ciertamente se trataba de un símbolo, tan aglutinante que con toda justicia Gracia ha denominado a este grupo, la «Generación de los Archivos de Neurobiología».

El entusiasmo que despertaba la comprobación del aprecio y estima que se tenía a este símbolo, lo describe claramente Obrador: «Recuerdo la alegría con que encontramos en Alemania e Inglaterra, entre las revistas extranjeras, no solamente la clásica y bien renombrada publicación de los trabajos del Instituto Cajal, sino también los *Archivos de Neurobiología*... En el laboratorio de Sherrington, en Oxford se guardaba toda la colección de Archivos de Neurobiología».¹⁴⁰

Todo el que haya compartido alguna vez este sentimiento, comprenderá sin dificultad la legítima alegría a la que Obrador hace referencia.

B) Neurólogos

Puede resultar curioso –a primera vista–, comenzar el estudio de los neurólogos madrileños, por el de Simarro, que no fue neurólogo, ni tampoco madrileño de nacimiento, aunque sí fue excelente neurohistólogo y psicólogo. Ello es debido –como ocurre con Achúcarro– a la extraordinaria influencia que ambos tuvieron sobre el grupo de neuropsiquiatras madrileños, lo que no debe extrañar teniendo en cuenta las características apuntadas para la escuela de la capital, especialmente su tendencia neurohistológica. Simarro es probablemente el iniciador de todo el grupo, ya que él fue quien enseñó a Cajal el método de la impregnación argéntica, que tanto fruto iba a dar en el campo neurológico, y en el desarrollo y prestigio de la escuela española y madrileña.¹⁴¹ El propio Cajal lo reconoció noblemente en alguno de sus escritos.¹⁴² Sin Simarro no hubiera habido (al menos en aquella situación histórica) método argéntico, y las orientaciones, los logros, las características y las actividades de la escuela de Madrid hubieran sido probablemente diferentes.

Simarro

Luis Simarro Lacabra, nació en Roma el 4 de Noviembre de 1851 y murió el 19 de junio de 1921. Su padre era pintor de origen italiano, que vivió en Valencia, atacado de tuberculosis cuando Luis contaba 3 años. Al morir el padre, la madre subió a la azotea y se tiró con el niño en los brazos, quedando muerta en el acto. El hijo quedó con una cojera que posteriormente se fue corrigiendo.¹⁴³

En su época de postgraduado fue a París, donde conoció a Nicolás Salmerón. Trabajó también en la Institución Libre de Enseñanza, dando conferencias, ulteriormente publicadas.

Realizó su formación con Ranvier y Charcot, en París, donde investigó la estructura del cerebro del mono y del hombre, lo que le permitió descubrir las placas cerebrales seniles al mismo tiempo que Fischer, y la diferenciación entre los cilindroejes y las prolongaciones protoplasmáticas de las células nerviosas.¹⁴⁴

Lafora, su discípulo, y a través de quien Simarro se proyecta —en cierto modo— en casi toda la escuela neurológica madrileña, afirma estos dos grandes descubrimientos de su maestro: la diferenciación entre cilindroejes y dendritas, y el método fotográfico de impregnación argéntica, de quien lo aprendió Cajal para perfeccionarlo. Según Lafora: «Simarro ha sido el mejor neurólogo y psiquiatra español de la segunda mitad del siglo XIX, el único que conocía todos los progresos de esta ciencia hechos en todo el mundo»¹⁴⁵ y refiriéndose a la escasa divulgación de sus descubrimientos: «Toda esta vasta labor quedó inédita por su poca afición a publicar y escribir»,¹⁴⁶ afirmación cierta, pues —que sepamos— sólo publicó una *Fisiología general del Sistema Nervioso* en 1878 y 1879, un *Bosquejo de Anatomía y Fisiología del Sistema Nervioso* en 1899, y una conferencia sobre *Teorías modernas sobre la Fisiología del Sistema Nervioso*, esta última publicada por la Institución Libre de Enseñanza en el curso de 1877-78.¹⁴⁷ Realizó su labor docente a través de la cátedra de psicología experimental, que regentó hábilmente. Fue por tanto el primer catedrático de esta disciplina en nuestra patria.¹⁴⁸

Simarro es —en resumen— un hombre volcado hacia las ciencias neurológicas, de fuerte base morfológica, que desarrolla la mayor parte de su actividad en Madrid, a finales del siglo pasado y comienzo del presente, y que va a influir en todo el grupo de Madrid muy especialmente a través de Lafora.

Como su discípulo, se dedica a la neurohistología, la neurología, la psiquiatría y la psicología, y en todas trata de hallar una lesión

morfológica que corresponda al síntoma, a más de iniciar en nuestro país, la aplicación del método científico-experimental de las ciencias neurológicas.

Achúcarro

No resulta tarea fácil realizar el estudio y el análisis de la labor y la personalidad de Achúcarro en una *Historia de la Neurología Clínica en España*. Por una parte, su biografía ya ha sido repetida y magníficamente estudiada por varios autores de prestigio,¹⁴⁹⁻¹⁵⁸ ya que su atrayente personalidad ha polarizado la atención de estos afamados escritores. Por otra parte, su labor en el ámbito de la neurología clínica es muy escasa, casi nula la que dejó escrita y breve la realizada en el Hospital Provincial o en su consulta privada. No obstante, resulta forzoso dedicar un espacio –aun hablando de una neurología estrictamente clínica– al ilustre neuro-histólogo. Ello es debido a la poderosa influencia que ejerce en muchos de sus coetáneos, y que va a configurar el modo de enfocar, hacer y sentir la medicina de éstos, y que llega a ser tan notoria, que las características que impregnan la neurología de Achúcarro, se confunden con las que distinguen a la escuela madrileña. No las repetiremos aquí, pero sí queremos destacar su estilo de hacer una medicina en general y una neurología en particular europeas, típicamente anatomo-clínicas, aunque con un aire fisiológico, y abiertas a la crítica y al perfeccionamiento, donde eran factores fundamentales la posesión de una formación sólida y la aplicación de un método científico-experimental claro y moderno.

Achúcarro influyó con su estilo y con sus conocimientos en la mayoría de los médicos que componían el grupo de Cajal, y posteriormente en los de Del Río Hortega, que evolucionaron más tarde hacia la neuropsiquiatría clínica madrileña, como Sanchís Banús y Lafora, y a través de ellos en todos o casi todos los neurólogos de la capital.

Este paso de la actividad puramente histológica hacia la clínica, lo inicia Achúcarro en Madrid, aunque desgraciadamente por breve tiempo. La importancia del maestro vasco en el tema que nos ocupa –repetámoslo una vez más–, no viene dada por sus escritos en el campo de la neurología clínica, sino por ser y representar un eslabón, de excelente calidad, entre el grupo histológico madrileño decimonónico y los discípulos de este grupo, más polarizados hacia la clínica neuropsiquiátrica, ya dentro del siglo actual.

Desde el punto de vista biográfico, Nicolás Achúcarro Lund, nació en Bilbao el 4 de Junio de 1880. Nació en el seno de acomodada familia de armadores, siendo su padre don Aniceto, oftalmólogo en Bilbao y su madre, doña Juana Lund Ugarte, de ascendencia noruega y vasca, gentes de afición por las artes, la pintura, la literatura, la música y las ciencias. Estudia y concluye brillantemente el bachillerato en su ciudad natal, teniendo como profesor de latín a Miguel de Unamuno. Se traslada a continuación a Wiesbaden (Alemania), donde aprende el alemán durante un año. Regresa a Madrid y se matricula en la Facultad de Medicina. Recibe las enseñanzas de Cajal en histología y de Gómez Ocaña en fisiología, entre otros. Realiza aquí un inciso en su carrera para retornar a Alemania durante unos meses donde estudia patología general. A su vuelta a Madrid, colabora en el Servicio del profesor Madinabeitia en el Hospital Provincial donde conoce a Luis Simarro y comienza a interesarse por los problemas histológicos del sistema nervioso. En su etapa de postgraduado marcha a Francia, donde visita los Servicios del profesor Pierre Marie y del doctor Babinski, en París y más tarde se traslada a Italia, para asistir a los Servicios de Lugaro y Tanzi en Florencia, terminando su periplo Europeo en los Departamentos de Alzheimer y Kraepelin en Munich (Alemania). En este último Servicio realiza un trabajo experimental histopatológico acerca de la hidrofobia que servirá de base a su tesis doctoral. Era Alzheimer, en aquel momento, quizá la primera autoridad mundial en histopatología del sistema nervioso por lo que no es de extrañar que desde el manicomio federal de Washington, le solicitaran un neuropatólogo para dicho Servicio. Alzheimer recomienda a Achúcarro quien se traslada a Washington para ocupar la jefatura del departamento de neuropatología del Manicomio Federal de dicha capital norteamericana, cargo que ocupa en 1908. Su estancia en Washington, si exceptuamos la añoranza de su país natal, de su familia y probablemente de su prometida (ya que pronto contraerá matrimonio con doña Lola Artajo) resulta muy satisfactoria. Como diremos a propósito de su personalidad, Nicolás Achúcarro al igual que su familia, es un apasionado melómano. En su estancia en Norteamérica, disfruta de audiciones musicales que le son gratas, a juzgar por las epístolas que cursa a su madre¹⁵⁶ y también se mueve en un ambiente que le satisface, quizás por el propio estilo vital de Achúcarro, alegre, llano, práctico, probablemente muy a tono con el que existiera en aquel momento en su ambiente norteamericano. Esta añoranza de su país natal, que por otra parte se desenvolvía

con problemas internos notables, hace que regrese a España, transfiriendo su plaza a Gonzalo Lafora. En 1910, Nicolás Achúcarro está de nuevo en Madrid y comienza a trabajar en el laboratorio de Cajal y también en el laboratorio de la Junta de Ampliación de Estudios, cuya finalidad era la de dar una formación básica en el campo neuro-histopatológico a los becarios que más tarde habrían de trasladarse al extranjero para perfeccionar sus conocimientos. En el laboratorio de Cajal, el temperamento alegre y vitalista de Achúcarro, representa un oasis entre las meticulosas y a veces fastidiosas técnicas de la escuela española y todos los autores están de acuerdo en destacar que Nicolás Achúcarro representó para todo el grupo Cajaliano una levadura vital, fácilmente contagiosa para sus colegas y compañeros.

En 1912 obtiene, por oposición, la plaza de jefe del Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial y dos años más tarde es nombrado secretario técnico del Patronato de Anormales, en el que organiza cursos para los maestros, sobre tratamiento y enseñanza de los niños deficientes mentales. Inicia también una consulta particular de neuropsiquiatría con lo que obtiene unos ingresos económicos saneados que le permiten cultivar y satisfacer sus aficiones melómanas, trasladándose con frecuencia a Munich para escuchar los grandes maestros de la música germánica. Desgraciadamente esta etapa favorable en la vida de Achúcarro no es duradera. Durante su estancia en Washington había presentado algunas molestias digestivas¹⁵⁶ que se repiten en 1914 y en 1916. El cuadro se agrava y Nicolás Achúcarro Lund muere en Neguri el 23 de abril de 1918.

Como quiera que la trascendencia de Achúcarro en el tema que nos ocupa viene dada por su influencia en las generaciones posteriores y en sus discípulos más o menos directos y que este magisterio, en el campo de lo clínico se efectuó tanto o más por su personalidad que por sus escritos directos, vale la pena tratar de definir cuatro rasgos acerca de su personalidad. Marañón, amigo del neurólogo vasco nos ofrece un perfil de su modo de enfocar la Medicina¹⁵⁹: «Vinieron hacia entonces las generaciones nuevas, cuyo gran profeta fue Achúcarro, muerto hace poco, pero no sin dejar la semilla de lo que debe ser el médico moderno en un hospital: Un fisiopatólogo, un investigador de la clínica, y un hombre con el pensamiento en comunicación con el mundo. Ahora hay muchos así. Entonces era él solo y todo el ambiente contra él: Le suspendían en patología médica y para que entrase en el hospital hubo que hacer un poco de trampa» «Achúcarro fue el hombre más ilustre en biología de la generación de la

preguerra, cuyas características eran la pasión por injertarse el espíritu de Europa, principalmente –pero no sólo– el alemán; el sentido de la ética social elevada, el amor a la España típica y su fin la religión de la ciencia».¹⁶⁰ Laín le describe como «Hombre alto, flaco, rubio y algo desgarrado. De su nariz larga y sonrosada él fue el primero en burlarse: «mi colega en narices» llama a Cyrano en unas de sus cartas juveniles... Tuvo en la Ciencia su gran pasión y en la música, la lectura, el buen yantar y el alegre coloquio amistoso las pequeñas pasiones en que aquélla se distendía y humanizaba». Indudablemente fue un hombre de gran capacidad intelectual y vital, agudo de mente, amable y culto. Mantuvo trato amistoso con otras grandes personalidades de la época como Unamuno, Cajal, Juan Ramón Jiménez y Giner de los Ríos, entre otros. Su muerte prematura parece indudable que privó a España de lo que verosímilmente hubiera sido uno de los mejores neurólogos clínicos de todos los tiempos. Sus trabajos y conquistas en el orden histo-patológico no es necesario repetirlos aquí. Ellos le otorgaron un puesto preeminente entre los forjadores de la neurología moderna.

La estela de Achúcarro será en gran parte neurohistológica, pero –iniciada por él– derivará hacia la clínica, como se materializará en sus numerosos discípulos, que participarán de la actividad jánica del maestro y aumentarán la parte correspondiente a la neurología clínica. La trayectoria de Lafora, puede servir de confirmación a este aserto.

Lafora

a) Vida y Formación.

Después de Achúcarro, continuamos el estudio de la Escuela madrileña, con la exposición de la vida y la obra de Gonzalo Rodríguez Lafora, «psiquiatra y neurólogo, pero con más pasta de lo último»,¹⁶¹ quien encarna muchas de las características de esta escuela de Madrid. Discípulo de Cajal, Simarro y Achúcarro, y por tanto con fuerte base neurohistológica; pensionado en clínicas alemanas primero, francesas y norteamericanas después, encarnó de veras el espíritu mejor, quizá el óptimo de la «Junta para ampliación de estudios e Investigaciones Científicas»¹⁶². Fundador, junto con Sacristán y Ortega y Gasset de la bien conocida revista *Archivos de Neurobiología* («El alma de dicha revista hasta su muerte, acaecida a los 85 años de edad, fue el ínclito Lafora, mi primer mentor neuropsiquiátrico extrafamiliar» señala Rodríguez Arias).¹⁶³ Estas características, junto con su

más que interesante personalidad, le hacen ocupar lugar destacado en el estudio de los cultivadores de la especialidad neurológica en la capital de España, en los comienzos del siglo.

Gonzalo Rodríguez Lafora, nace el 23 de julio de 1886 en la calle Salas de Madrid, figurando entre sus antepasados «militares y hombres de empresa».¹⁶⁴ «Su bisabuelo fue gobernador general de Filipinas; su padre, jefe de Estado Mayor de Puerto Rico».¹⁶⁵ También su abuelo había sido Jefe de Estado Mayor. Su primera infancia la pasa en este país, a donde es llevado de muy niño, y de donde regresa a los 5 años, a causa de la muerte de su padre.

Estudia en Madrid, y termina la licenciatura de Medicina en 1907, a los 19 años. El mismo relata sus primeros años de formación:¹⁶⁶ «... el doctorado en el año siguiente (1908), por consejo de mi maestro Simarro, que al retirarse me recomendó al profesor Ramón y Cajal, conseguí a fines de 1908 ser pensionado en el extranjero por la Junta de Ampliación de Estudios, que presidía mi segundo maestro, don Santiago Ramón y Cajal, como premio a mi trabajo histológico sobre el sistema nervioso de los peces, que me había dirigido durante dos años el profesor Simarro. Marché entonces a Alemania primeramente donde fui discípulo, en Berlín, de Oppenheim, en Neurología; de Theodor Ziehen en Psiquiatría; de Oscar Vogt y de Brodman en Anatomía cerebral y, últimamente, de Lippman, con sus hallazgos sobre las apraxias, agnosias, afasias, etc. todo ello en el tiempo de un año. Después, al año siguiente, lo fui un semestre y medio de Kraepelin y de Alzheimer, en Munich, marchando a continuación a París, en cuya ciudad asistí a las clases clínicas de Babinski, de Pierre Marie y a las enseñanzas del Laboratorio de Dejerine, hasta que en Mayo de 1910 fui llamado a Washington para sustituir a Achúcarro, que había sido antes mi maestro en España, a la vez que el gran neuropsiquiatra Simarro y el concienzudo neurólogo Gayarre, también discípulo de Oppenheim.

A mitad de 1913, regresé a España por razones familiares graves referentes a la salud y desde entonces trabajé ya con Cajal en su instituto, montado allí el *primer laboratorio español de fisiología experimental del sistema nervioso* y además colaboraba clínicamente en el Servicio Neuropsiquiátrico del Hospital General dirigido a la sazón por Achúcarro. Así pues, en el año 1963 se cumplieron mis cincuenta años de ejercicio profesional de la Neurología, y al terminarlos en diciembre de 1963 decidí retirarme a una etapa de vida privada, dedicado a la lectura y a la meditación y a la terminación de mi obra

inacabada, hacía tiempo esperaba los últimos toques de autocrítica, antes de darla a la estampa en sucesivas publicaciones».

Al terminar la guerra civil española, Lafora se traslada a Méjico, donde permanece siete años, desde 1939 hasta 1946. En Méjico practicó también la neurología, aunque no existen muchos datos sobre su actividad en aquel país. Obrador¹⁶⁷ divide la vida científica de Lafora en cinco etapas, siendo las dos primeras las de formación básica neurológica, neuropatológica y psiquiátrica en el extranjero, la primera etapa en Alemania y la segunda en el Hospital Psiquiátrico Federal de Washington, Departamento de Neuropatología, donde descubre los cuerpos amiloides en la epilepsia mioclónica. La tercera, a su vuelta, en que trabajó en el laboratorio de fisiología experimental del cerebro en el Instituto de Cajal. Constituyó esta etapa veinte años de «intensa labor experimental sobre el sistema nervioso con varias líneas de trabajo».

Siguiendo a Obrador¹⁶⁸ «En 1932 hace oposiciones al Hospital Provincial y obtiene la plaza que había dejado vacante el gran neuropsiquiatra Sanchís Banús y que correspondía al Servicio Psiquiátrico de mujeres en aquel viejo hospital, en el que también trabajó Achúcarro hasta su muerte».

La cuarta etapa corresponde a sus años de exilio en Méjico, y la quinta a su actividad en España después del regreso. Ambas desbordan la cronología impuesta a este trabajo.

Durante sus años de trabajo en Madrid, desde 1916 hasta la guerra civil, gozó de amplia consulta privada, tanto en su casa como en el Sanatorio Neuropático de Carabanchel Bajo, dirigido por él. De la revisión de sus historias privadas, que iba escribiendo en su cuaderno, se desprende que controlaba periódicamente a muchos enfermos y mantenía abundante correspondencia con ellos o sus médicos de cabecera. Hacía el Wasserman sistemáticamente y punción lumbar muy frecuentemente. Menos veces hacía radiografiar el cráneo de sus pacientes.

Hacía exploraciones en general completas, pero dirigidas hacia la patología que hubiera sospechado por la historia clínica.

Valoraba el fondo de ojo y en algunas de sus historias refiere casos con tubérculos en la coroides. Utilizaba el luminal como antiepiléptico y la hioscina como antiparkinsoniano.

Su salud no fue perfecta. Sufría una secuela poliomielítica, varias veces operada. También una resección gástrica y fracturas en su senec-

tud. Al final de su vida, hipoacusia. En una carta fechada el 22-10-67, dice don Gonzalo¹⁶⁹ «Desde que cumplí ochenta años me veo decaer mentalmente con un progreso dramático inexorable, en el cual creo poder señalar ya en mí mismo, el número de placas de Fisher que aproximadamente por milímetro cúbico tiene mi cerebro, sumando a ello el trágico aditamento de las raquetas de Alzheimer. Por eso deseo acabar con prisa angustiosa el libro de Goya antes de que un ictus o una demencia senil seminormal me inutilice del todo».

Ya durante la etapa que se encuadra cronológicamente en este estudio, la primera de su actividad neurológica, le fue reconocida su capacidad como médico, neurólogo y humanista, ya que –además de los honores científicos que más tarde expondremos–, dictó conferencias sobre temas humanísticos en Madrid y Buenos Aires, fue vicepresidente del Ateneo Madrileño (1931), presidente del Consejo Superior Psiquiátrico, y presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatras (1935).

Murió en Madrid, el 27 de diciembre de 1971, en plena actividad cuando contaba 85 años.

b) Personalidad.

La personalidad de Gonzalo R. Lafora ha sido inmejorablemente estudiada por uno de sus más distinguidos discípulos: Luis Valenciano Gaya, a cuyos trabajos nos referiremos en varias ocasiones.

Varias características bien definidas se pueden observar en la personalidad del maestro madrileño.

Destacaremos algunas de las que nos parecen más importantes:

a) Curiosidad. Destacó siempre Gonzalo Rodríguez Lafora como hombre con gran avidez de aprender acerca de los más diversos temas. Revisando su biblioteca, las anotaciones que en tantos libros escribió, sus cartas, sus historias clínicas y su estilo de vida, se deduce que poseía o quizá padecía una extraordinaria avidez por obtener una explicación a los fenómenos que se desplegaban ante sí, bien directamente bien a través de la lectura a la que era tan aficionado ya desde su niñez. Los estímulos de Cajal en un campo y de Ortega y Gasset en otro, no debieron de ser ajenos a esta peculiaridad de su carácter.

b) Una segunda característica de Lafora era su profundo amor a la verdad o si se prefiere, como ha dicho alguno de sus discípulos una alergia a la mentira. Efectivamente tenía don Gonzalo una necesidad absoluta de exponer los puntos de vista que a él se le aparecían como

verdaderos donde y como fuera y contra quien fuese. También como ha sido ya señalado por alguno de sus discípulos tenía rasgos quijotes-cos derivados de este profundo amor a la verdad.

c) Espíritu de justicia. Sentido y vivido con ardor, sin que le importaran los perjuicios que le pudiera irrogar el defender las ideas que se le aparecían como justas. Fruto de esto era un odio a la picaresca en cuanto puede suponer solución o beneficio para uno o unos pocos en detrimento –generalmente– del bien común. Fue por tanto hombre luchador, desde lo que el llamaba su «rincón espiritual» del periódico *El Sol* en el que decía: «Yo al menos, desde este rincón espiritual que me ofrece *el Sol*, pienso seguir lanzando de cuando en cuando una piedrecita que agite las aguas mansas de nuestro estanque científico, donde flotan con placidez beatífica unas ranas contentadizas, en tanto bullen por el fondo azulado los más variados peces de colores».¹⁷⁰

d) Independencia. En el terreno político decía con frecuencia el doctor Lafora que le gustaba conservar su «insobornable independencia política», por lo que nunca se afilió a ningún partido de un modo concreto a pesar de sus claras tendencias liberales progresistas y socializantes. Este espíritu independiente se reflejaba en la mayoría de sus actividades, especialmente las polémicas. No gustaba de alianzas y menos si éstas podían tener un tinte oportunista.

e) Otra característica de su personalidad era la meticulosidad y perseverancia en el trabajo, como señalan sus amigos y biógrafos y como hemos podido comprobar al investigar en su biblioteca y observar que todos sus libros se encuentran acotados y trabajados, con notas sustanciosas e ingeniosas en sus márgenes, así como los artículos y trabajos, tanto de las mejores revistas de la especialidad, como de la prensa diaria, o de otros temas por los que sintió predilección, temas tan curiosos y dispares como sexología, parapsicología, historia de México, milagros y curaciones inexplicables, gastronomía, etc. de los que poseía abundante información en todos los idiomas cultos, especialmente inglés. También a éstos temas aplicaba su espíritu metódico, y curioso, de lo que resultaba un conocimiento no solamente amplio sino profundo.

Esta perseverancia y tenacidad le condujeron a realizar toda su labor científica e investigadora en contra del ambiente y de las dificultades que esta labor conlleva, especialmente en nuestro país. El mismo Lafora se quejará de las contrariedades, «... obstáculos y resistencias pasivas tradicionales en la minuciosa, negativista, escéptica y

bien organizada burocracia administrativa, duro freno vigilante del investigador de este viejo rincón de Europa de nuestros días, donde se cultiva y abona a la mediocridad parasitaria», y en su discurso de recepción de académico de número de la Nacional de Medicina, dirá amargamente: «Cuando yo regresé de mis cuatro años de trabajar fuera de España... no pude encontrar en la patria... ni un centro neurológico donde poder aplicar los conocimientos adquiridos... Hoy, después de veinte años mi situación es igual».¹⁷¹

Quizá después de estas frases, se pueda justipreciar en toda su valía la obra de Lafora, así como su espíritu de luchador incansable.

Por otra parte, fue Lafora hombre poco dispendioso, que rayaba en la tacañería, seco en sus maneras, aunque educado, de amplia cultura, más erudito que clínico práctico, e interesado en los más diversos y curiosos temas, entre los que los sexuales no ocupaban el último lugar.

c) *Polémicas periodísticas*

No exagera Rodríguez Arias cuando refiriéndose al «debelador Lafora» le adjetiva de «Batallador, luchador y polemista»,¹⁷² ya que las polémicas que sostuvo son algo tan característico en él, que su estudio constituye uno de los modos más exactos de aproximarse al conocimiento de la biografía del incansable neurólogo.

Diez grandes polémicas estudia Valenciano en sus trabajos: *Las polémicas periodísticas del doctor Lafora*¹⁷³ que servirán también de guía para nuestra exposición; a las que añadiremos una inédita, según creemos, que sostuvo con un tal Carlos Pereyra quien le hizo gravísimas acusaciones más o menos veladas.

Siguiendo a Valenciano, los temas de sus más importantes polémicas fueron: Los manicomios españoles; el ministro Burell y los niños anormales; la gripe del 18; Lafora y el ejército; crítica de la Facultad de Medicina; una cordial polémica con Marañón sobre el letamendismo; la «metasomoscopia»; la clarividencia y el espiritismo; Don Juan y el donjuanismo; los milagros; el asesinato de Hildegart; la vacante de Cajal y la devolución de la medalla de académico de la Real de Medicina.

A estas polémicas periodísticas, más la privada con Carlos Pereyra, pueden añadirse dos polémicas científicas. Una o mejor unas con Villaverde, otra –muy cordial y caballeresca– con Sanchís Banús, Alberca y Aldama. Iniciaremos la exposición de las periodísticas to-

mando la sistematización de Valenciano, quien comienza señalando que «Pocas vidas quedarían más incompletas, pocas personalidades menos comprendidas que la de Lafora si alrededor de su eje esencial, una labor científica sólida y seria, no se incluyeran en su biografía ciertas actividades capaces de llegar al gran público: su apertura a la prensa diaria o periódica». «Sus campañas son una irrefrenable emanación de su impulso a defender la verdad, sin pararse a considerar los riesgos que para su conveniencia social y profesional, e incluso para su seguridad personal, puedan suponer».¹⁷⁴

1.º) «*Los manicomios españoles*»

Con este título publica Lafora en 1916, en la revista *España* (fundada por Ortega, Maeztu, Pérez de Ayala y otros) un trabajo sobre las condiciones de vida de asistencia médica en los manicomios españoles, documentado con «expresivas fotografías». Detalles de estas condiciones fueron vistas por los asistentes extranjeros al Congreso Médico Internacional de Madrid, entre ellos Kraepelin «que pide unas fotos para su archivo «histórico». Contesta el doctor Pérez Valdés, con argumentos –a mi juicio endebles– tildando a Lafora de «antipatriótico» entre otras cosas. Contesta Lafora, y es apoyado por Busquet, de Barcelona, y en cierto modo por L.C. («seguramente Luis Calandre» en opinión de Valenciano). Lafora consigue algo, aunque no mucho más que despertar alguna conciencia adormilada. Termina Valenciano: «Medite el lector: los años por decenios han pasado. ¿Cuántos de los defectos y arbitrariedades señaladas por Lafora perduran?»

¿En cuántas de las mejoras logradas pudo influir su tenaz y valiente protesta?».

2.º) «*El ministro Burell y los niños anormales*»

Siguiendo a Valenciano (cuya perpiscacia y conocimiento del tema es en todo su trabajo admirable) Lafora mantuvo esta campaña con el seudónimo de «Simón González» porque «en aquel momento Lafora tenía un cargo que dependía del Ministro de Instrucción Pública, Burell».

Denuncia Lafora «irregularidades y favoritismos» e «irregularidades y cambios de turno en las oposiciones a cátedras universitarias, nombramientos y traslados arbitrarios, etc. especialmente en relación

con la escasa atención que en España se dedica a los niños anormales en nombre de éstos».

3.º) «*La gripe de 1918. Lafora y el ejército*»

Publica un artículo titulado *La epidemia en la Provincia de Soria (horrores contra la asistencia sanitaria)*, en el que explica la razón de la extensión de la epidemia de gripe: el licenciamiento de los soldados enfermos. Cita casos de muertes de soldados antes de llegar a sus pueblos respectivos y se apoya en testimonios y argumentos indudables. A consecuencia de este artículo Lafora es procesado, aunque sin graves consecuencias.

4.º) «*Crítica de la Facultad de Medicina*»

Publica don Gonzalo cuatro artículos en *El Sol*, denunciando las pésimas condiciones de la Facultad, desde los malos olores hasta el hecho de que los «profesores» se lleven el instrumental a sus sanatorios privados para efectuar intervenciones particulares», pasando por los sistemas de docencia («cita la lección de un catedrático de Historia de la Medicina en la que dibujó en la pizarra el esquema de la forma y el orden que adoptaban en el cielo los ángeles y querubines a la vera del sumo Hacedor»).¹⁷⁵ Fustigó también los sistemas de selección de catedráticos y auxiliares. («catedrático hubo que de un golpe hizo auxiliares de cátedra a dos hijos suyos»).¹⁷⁶ Denunció la ausencia de investigación: («apenas ningún catedrático ha logrado crear eso que en toda Europa se denomina Escuela»),¹⁷⁷ y otras irregularidades de menor envergadura.

5.º) «*Una cordial polémica con Marañón sobre el letamendismo*».

Resulta muy interesante esta polémica por tratarse de un oponente amigo, como lo era Marañón de Lafora, y viceversa, y mostrar —una vez más— la idea de Lafora sobre la ciencia y la investigación, como sistemas positivos y objetivos para obtener progresos y conocimientos, y desdeñando la retórica especulativa e ineficaz de Letamendi.

Dice Valenciano:¹⁷⁸ «Tangencialmente considera por eso errónea la organización de un curso que había celebrado en el Ateneo, dirigido por Marañón —que era vicepresidente de la sección de Medicina— y en el que se estudiaban figuras del pasado reciente, entre ellas Letamendi». Contesta Marañón indicando que la crítica no tiene que

ser necesariamente positiva y que un estudio crítico también puede servir para desmitificar. Lafora replica y «no le parece admisible que Marañón haya comparado a Letamendi «ese paranoico científico» con Simarro, cuya modestia, precisamente, le llevó a publicar muy poco».¹⁷⁹

En las investigaciones que realicé en la biblioteca de Lafora, he encontrado buenas pruebas de su antiletamendismo, que –aunque ajenas a la polémica antedicha–, puede resultar conveniente mencionarlasm en este lugar, para reforzar la idea de un Lafora concreto, objetivo y científico, y por tanto contrario a la retórica letamendiana poco científica y nada experimental.

Publicó Sarró un discurso sobre Letamendi, y Lafora se apresuró a pedir al catedrático de Barcelona un ejemplar de dicho discurso, mediante una carta en la que entre otras cosas dice: «Desearía leer su discurso y el de su glosador, para ver si aclaro mis ideas al respecto, que como usted sabe son contrarias a dicho Profesor; pero, como siempre, estoy dispuesto a rectificar, si las razones contrarias me convencén e incluso a hacerlo públicamente, puesto que públicamente le denigré».¹⁸⁰

El ejemplar lo recibió Lafora a primeros de septiembre del 63. Está todo él acotado de observaciones simpáticas y enjundiosas, con las que solía adornar muchas de sus lecturas, especialmente las polémicas.

Poco debió de rectificar Lafora después de leer el discurso de Sarró, a juzgar por estas acotaciones, pues ya en la primera página, ante una abstrusa frase de Letamendi, escribe don Gonzalo: «Frase típica de Letamendi: ¿esquizo, fantasiofrénico o cicloide?», y más tarde: «Típico del hipomaníaco» o «paranoide hipomaníaco» o bien: «siempre se expresa metafóricamente. Abuso de las metáforas, síntoma hipomaníaco cardinal».

6.^o) «La «metasomoscopia» (visión a través de los cuerpos opacos), la clarividencia y el espiritismo».

Estos problemas preocuparon a Lafora, ya que: «El racionalismo de Lafora, su defensa a ultranza de los métodos de observación empírica conducidos con absoluta seriedad, le llevó a ejercer una severa crítica contra todo lo que supusiera la superficial admisión de «fuerzas ocultas», de poderes excepcionales dentro o fuera del ambiente de la medicina».¹⁸¹

Hace Lafora diversas críticas a los procederes espiritistas, a las que replica Salvador de Madariaga diciendo que «Hay ya una serie de hechos metapsíquicos suficientemente avalada por hombres de solvencia». También contesta el hijo del Marqués de Santa Clara, quien afirmaba poder leer escritos encerrados en objetos opacos. Estos últimos hechos no pudieron probarse claramente.

Dentro de estos temas que tanto preocuparon a Lafora, está el libro titulado *Don Juan, milagros y otros ensayos*, uno de cuyos capítulos se titula «Sobre el espiritismo», libro que se tradujo al inglés, pero que no pudo divulgarse en Gran Bretaña, ya que las sociedades espiritistas consiguieron que se retirase del mercado, basándose en que Lafora afirmaba que Sir Arthur Conan Doyle había asistido a una reunión de este tipo, dato que don Gonzalo había tomado de segunda mano de bibliografía previa sobre el tema, y que según parece era falso. Apoyándose en esta inexactitud los espiritistas lograron que el libro no viera la luz en Inglaterra. A juzgar por estos hechos, también las sociedades espiritistas parecen muy celosas de su immaculado prestigio.

7.º) «*Don Juan y el donjuanismo*».

Publicó sobre el concepto del donjuán como algo real y que puede existir, entrando en polémica con C. Barga, para quien «Don Juan no ha sido nunca un hombre natural, sino un prejuicio literario».¹⁸²

8.º) «*Los Milagros*».

Polémica larga, (9 artículos de Lafora y 7 de Sureda) mantenida en *El Sol* entre el sacerdote Sureda y Lafora. Fue muy seguida por el público y diversos diarios hicieron comentarios sobre ella.

Indica Lafora que dado que la aceptación de un milagro por la Iglesia depende en una primera fase del informe científico-médico emitido por facultativos, y que este informe, por ser científico es provisional «sometido a la posibilidad de avances ulteriores»¹⁸³ y por consecuencia el milagro debería ser revisable «y, sin embargo, una vez admitido por la Iglesia no lo es». Dice Valenciano «Una vez más, con estas arriesgadas incursiones en el tema religioso, teniendo en cuenta la época y el ambiente español en que se producen, Lafora pone de relieve su incoercible necesidad de exponer sus puntos de vista sin tener en cuenta los prejuicios que pudiera ocasionarle».¹⁸⁴

Sobre estas polémicas dice el brillante neurólogo e historiador Belarmino Rodríguez Arias¹⁸⁵ «Los milagros de Lourdes supieron del análisis del médico y del psicólogo, en contraposición a un sacerdote, a través de una diatriba que se hizo célebre y molestó a los fanáticos». «Sus adeptos, no en globo, pero sí celosamente elegidos, yo fui uno de los marcados, hubimos de responder a la fuerza de una imputación de conveniencia a los dos lustros».

Intrigado por el real significado de estas últimas frases, realicé alguna investigación en este sentido. Parece ser que Lafora no era muy bien visto en ciertos medios clericales y jesuíticos por su objetividad en el análisis de los milagros. Cuando Lafora dimitió de su condición de académico de la Real de Medicina, se organizó una cena, a la que lógicamente asistieron todos sus amigos y «adeptos» que —en términos generales— opinaban como él en cuanto a los milagros y su problemática. Rodríguez Arias —a juzgar por sus palabras— se contaba entre ellos. Pasados varios años y después de la guerra civil, un tal Vilariño, miembro de la Compañía de Jesús y director de una revista titulada «El Mensajero del Corazón de Jesús», utilizó —según información a mi alcance—, la lista de los asistentes a aquella cena y por tanto adeptos de Lafora, para fines «extragastronómicos». Resulta difícil demostrar este tipo de afirmaciones, pero según la información oral que pudimos recoger, éste sería el significado de las crípticas frases de Rodríguez Arias.

9.^o) «El asesinato de Hildegart».

En esta polémica se debate lo ocurrido con la señorita Hildegart, cuya madre la asesinó por creer que existía «una amplia conspiración nacional e internacional contra ellas».¹⁸⁶ Piensa la madre que «a su hija se la quiere convertir en «carne de prostitución» por una conspiración internacional»,¹⁸⁷ y refiere otros síntomas claramente paranoides. Como quiera que madre e hija se dedicaban a divulgar por escrito ideas sexológicas avanzadas, eran consideradas «de izquierdas» y en esta época (1934) «la situación era muy tensa y todo se politizaba»,¹⁸⁸ por lo que las derechas eran, en general, partidarias de condena sin valorar posibles atenuantes psiquiátricos y en cambio en las izquierdas se buscaba el atenuante de paranoia.

Así planteados los hechos, por la acusación informan Piga y Vallejo Nájera, quienes «mantienen la tesis de la responsabilidad y la posible simulación en su informe»¹⁸⁹ mientras que la defensa (Sacristán

y Prados Such) en un extenso y minucioso informe de 25 folios, que tengo a la vista, a base de los datos que hemos referido y otros muchos que sería prolijo relatar, y manteniendo una rigurosa doctrina psiquiátrica, diagnosticaron una clara paranoia, de la que se deduce la inimputabilidad con franca peligrosidad.¹⁹⁰ La sentencia, teniendo en cuenta la responsabilidad, fue de 20 años. Lafora como es de esperar, no está de acuerdo y en varios artículos «apoya rotundamente la existencia de la paranoia».¹⁹¹

La paranoia parece muy clara. La asesina quiere fundar una asociación para redimir a las prostitutas, con cuotas que abonarían las que aún continuaran en ejercicio; también quiere syndicar a los gitanos. Para lograr una humanidad ideal, desde el punto de vista eugénico, su proyecto es éste: «la edad ideal para la procreación sería entre los 35 y 38 años. Cuando lleguen los varones a la pubertad se les ligarán los conductos deferentes; a los 35 años se soltaría la ligadura, para establecerla de un modo definitivo a los 38».¹⁹² Parece, pues, que Lafora estaba en su derecho de polemizar. Más tarde, la Sociedad de Neurología y Psiquiatría de Madrid, en sesión especial discutió los informes y dio una nota a la prensa, solidarizándose con el informe de Sacristán y Prados, por lo que Vallejo Nájera pidió la baja de la sociedad, produciéndose la consiguiente tirantez en las relaciones entre ambos grupos.

Parece ser que la ulterior evolución de la enferma, que tuvo que ser recluida, confirmó la hipótesis de Lafora, Sacristán y Prados.

10.^o) «*La vacante de Cajal y la devolución de la medalla de académico*».

Las propuestas para la vacante de Cajal en la Real Academia Nacional de Medicina eran tres. «Un grupo de académicos encabezados por Slocker propone al doctor Ara; otro, cuyo portavoz es Lafora, al doctor Río Hortega, y un tercero, con Simonema como representante al doctor Villaverde». «El día 5 de noviembre, condecorador Lafora de los tanteos y conciliábulos previos, buscando la posible eficacia no obstante cometer una indiscreción, que no sin razón se le reprochará, lanza un artículo en Diario de Madrid titulado *La vacante de Cajal*».

En cualquier país —dice— lo que más preocuparía sería la búsqueda de la figura digna de sucederle, y ello es difícil en España, donde hay más consumidores de ciencia que productores al estilo de Cajal». En la tarde del día 5 se celebra una reunión en la Real Academia, a la

que, por supuesto, acude Lafora; el ambiente está muy cargado. Slocker y Carro piden que Lafora rectifique. Carro reclama que el artículo sea leído, lo que hace Vital Aza. Se pide que Lafora declare que fue un momento pasional lo que le hizo escribir palabras que afectan al prestigio de la corporación y a la honorabilidad de los académicos. Cospedal lee unas cuartillas en las que se dice que es falsa la afirmación de Lafora de que ya antes de votar se ha tomado la decisión por un grupo y pide que Lafora aclare quienes son los académicos que ingresaron por vergonzosos compromisos. Interviene Marañón, que se suma a la propuesta y argumentos a favor de del Río, pero entiende que Lafora debe rectificar salvando todo lo personal.

Lafora contesta afirmando que no tuvo intención de ofender personalmente, pero que no se encuentra conforme con los rumbos que la Academia ha tomado con la nueva directiva, desde 1932. Protesta de esta afirmación el presidente, Amalio Gimeno, y reprocha a Lafora su poca asiduidad a la Academia.

Al fin Lafora afirma que rectificará, pero que desde ese momento deja de pertenecer a la Academia. Se levanta y abandona la sala.¹⁹³

Más tarde Lafora «responde a la acusación de apriorismo por su artículo antes comentado; todo fue porque las gestiones diplomáticas suyas, de Marañón y otros a favor de del Río se habían estrellado ante la actitud impermeable de un importante grupo de Académicos que controla las elecciones y se deja llevar de las influencias político-religiosas de una asociación extra-académica. Se sabía de antemano que del Río sólo podía contar con 16 de los 46 votos posibles. El artículo no podía coaccionar a quienes ya tenían tomado partido, ignorando los diez tomos de trabajos de del Río que él puso sobre la mesa de la Academia y el reciente libro sobre tumores del sistema nervioso. Era una protesta pública, sin deseo de ofender a ninguna persona en particular.

Es verdad que hubo una sesión muy borrascosa, por su propia actitud y por la de aquéllos que le tachaban de coacción. El sentía la indignación de que se pasaran por alto los valores científicos; no podía haber arreglo. Por eso presentó su dimisión como académico y ha devuelto su medalla; no quiere verse envuelto en el desprestigio en que ha caído la Corporación; desde fuera podrá hacer mejor la crítica de la labor de la Academia, que muchos consideran pobre y anodina y cuyos Anales son impresentables. No es un honor pertenecer a una Academia desprestigiada. Salva a muchos académicos, cuyos intentos

son inútiles frente al grupo retardatario, preocupado tan sólo de acrecentar sus influencias políticas y sociales. Es verdad que, en general, el tono de las Academias es bajo, pero éstas no tienen porqué desaparecer, sino ser impulsadas hacia nuevos rumbos, dirigidas por hombres con espíritu moderno, activo y entusiasta».

«En la tarde del 17 de noviembre se verifica finalmente la votación en la Real Academia para la sucesión de Cajal. En total votan 40 académicos (cinco por escrito). Villaverde obtiene 21 votos; del Río, 12; Ara, 7. Acaso resulte curioso una relación de los votantes: A. Gimeno, Martínez Salazar, Simonema, Maestre, Súnier, Decreff, Peña Cospedal, Alarcón, Criado, Aguilar, Díaz Villar, Juarros, Márquez, Sarabia, Palanca, Goyanes, Castro, Murillo, Casares Gil, Cifuentes, S. Cañero, Carro, Aza, Tello, Obdulio Fernández, Hernando, Tapia, Mariscal.

Por escrito lo hicieron Bravo, Piñerúa, Cardenal, Fernández Sanz, Marañón, Gimeno (V.) y Lafora, al que se acuerda autorizar el voto porque su dimisión no es firme». «Se vota la aceptación de la renuncia y lo hacen a favor todos los presentes, excepto Maestre, Díaz del Villar, Pinilla, Fernández Sanz, A. Gimeno y Mariscal (secretario) que se abstienen. Queda en firme el acuerdo y se resuelve anunciar la vacante en la forma acostumbrada».

«El gesto de Lafora al renunciar a la medalla de académico, en el que, por qué negarlo, iba implícita una repulsa a la actitud reaccionaria de la mayoría de los componentes de la Corporación, no cayó en el vacío, en un ambiente en el que las pasiones políticas penetraban en todas las esferas. Pronto se anuncia que se prepara un banquete-homenaje a del Río y Lafora. Creo que no deja de tener interés señalar los nombres que aparecen debajo de la convocatoria: Hernando, J. Sánchez Covisa, I. Sánchez Covisa, Pittaluga, Fernández Sanz, Márquez (decano de la Facultad de Medicina), Varela Radio, F. de Castro, Bejarano, Sacristán, M. Tapia, Pascua, Buston, Sopena, Negrín, Torre Blanco, Bellido, M. Rivas Scheriff, Jiménez Díaz, Díaz del Villar, Americo Castro, Valle Inclán, Fernando de los Ríos, Luzuriaga, Corpus Barga, García Lorca, Oscar Esplá, Araquistain, Fernando Vela, Ramón Gómez de la Serna, Juan Cristóbal, Alvarez del Vayo, Azorín, Orueta, C. Rivas Scheriff, Bagaria, etc.

El banquete se celebra en la rotonda del Hotel Ritz en la noche del 19 de diciembre, con más de 250 asistentes, según refieren los periódicos. La presidencia la ocupan Hernando, Covisa (J.), Jiménez Díaz, Tello, Puig Sureda, Bellido, Varela Radio, García Pelaes y

Pascua. Las adhesiones son leídas por L. Valenciano y el homenaje es ofrecido por Enrique Escardó».¹⁹⁴.

Lafora dice en su discurso que del Río no ha sido académico por la pasión política y más tarde expone lo inmerecido del homenaje, con modestia.

Pasados ya muchos años, en 1965, y con las pasiones políticas notablemente disminuidas en el país, el propio don Gonzalo Lafora contará el episodio: «Entre los discípulos que del Río tuvo en Valladolid, como auxiliar del prof. López García, figuraba el estudiante Villaverde, que luego vino a Madrid para ser tratado de un síndrome psíquico por Simarro. Aquí acabaron por encontrarse los dos en el primer Laboratorio de Cajal del museo de Velasco. Dio la casualidad que en los años de la república, en que todo esto sucedía, del Río-Hortega se dejó atraer por Lerroux, que le prometió hacerle ministro de Instrucción Pública si ingresaba en su partido. Buscaba aquél intelectuales que encubriesen el resto de mercancía formada de periodistas anónimos, aventureros, negociantes de las sinecuras del poder, etc. En este mismo cepo me había querido antes atrapar a mí Lerroux, me negué rotundamente a entrar en su partido, ni en ninguno, para conservar mi insobornable independencia política, inflexible a las frecuentes inmoralidades que constituyen las necesidades de los partidos.

Esta debilidad política de Del Río le fue fatal para su elección, pues la mayoría de los académicos eran viejos carcamales, vestigios de la monarquía, médicos-políticos sin prestigio médico ni político. Este magma amorfo se unió contra del Río, inspirado y dirigido por el discípulo de Cajal, ya académico y que estaba en lucha permanente contra él, contribuyendo a su expulsión del Instituto Cajal, en connivencia con el conserje. Este grupo mayoritario de enemigos de la república, presentaron a Villaverde como candidato al sillón de Cajal. Yo fui el encargado por el grupo joven de la Academia para presentar los trabajos de del Río-Hortega. Constituían estos una columna de medio metro de monografías, libros y trabajos menores, que procuré atar en forma especial y con lazos peculiares. Frente a este fruto de la labor enorme de del Río, presentó su exdiscípulo tres pequeños trabajos que versaban sobre el mismo tema (neuritis saturnina). La confrontación y la reputación internacional de uno y otro eran dos mundos distintos. Sin embargo, la votación dio mayoría a Villaverde, como ya se presumía, y esto originó la protesta de toda la juventud médica y académica de entonces (los Covisas, Hernando,

Marañón, Mouriz, Jiménez Díaz, el que esto escribe) y un pequeño grupo de viejos académicos de ideas liberales.

Al recoger yo el alto paquete de libros y trabajos de del Río, pude comprobar con estupefacción que ni lo habían desatado, para comprobarlo con los trabajos del oponente. Aquello me indignó de tal forma, que publiqué todos los detalles, haciendo una dura crítica de la inutilidad científica de aquella vetusta Academia, cuyos trabajos de los tres últimos años analicé, comparándolos con los gastos, y de resultas de esa crítica propuse el cierre de aquel centro de desprestigio científico en España. Esto lo acompañé de la devolución del diploma y medalla de académico, considerándome limpio de aquella mugre científico-política.

La prensa hizo eco del asunto y se organizó un gran banquete de desagravio a del Río-Hortega y a mí, que se celebró en el Hotel Ritz. Allí hablaron Valle Inclán, Azorín, Hernando, Marañón, Jiménez Díaz y otras personalidades que pusieron a las Academias de oro y azul.

Así terminó aquel incidente que había hecho llorar a del Río-Hortega, malherido en su amor propio. Luego sirvió para que picarescamente un aprovechado, que nunca había conseguido votos para ser académico, ayudado por su influyente padre y otros tiburones de aquel acuario, le hiciesen académico sin precedentes, puesto que aún vivía el elegido y cuyo panegírico no podía hacerse estando vivo y coleando». ¹⁹⁵.

11.º) «*Polémica con Carlos Pereyra*».

Esta polémica es muy poco o nada conocida por haber tenido lugar en Méjico, en la revista *Lecturas, Libros e Ideas*, siendo las contestaciones de Lafora privadas.

En dicha revista, tomo XII, n.º 5, pág. 152, 1939, se publica un trabajo titulado *El trotamundos y el psiquiatra*, firmado por Carlos Pereyra¹⁹⁶ en el que tras diversas consideraciones poco inteligibles, en las que parece querer decir que algunos exiliados españoles estaban en Méjico aprovechándose de la protección del gobierno mejicano, critica a «algún psiquiatra» que cobra sus consultas a 80 pesos, citando a un tal Eduardo J. Correa que afirma ese importe por la visita médica. En esta revista, y al contrario del artículo absolutamente idéntico publicado en *Voz Nacional*, Epoca II, n.º 9, del 29 de septiembre de 1939 (probablemente en Méjico), se dice en nota a pie de página que ese «algún psiquiatra» es «el médico, cirujano, partero y

asilado de la «caza» de «España» en México, Gustavo R. Laforra». Sigue hablando de la situación de los exiliados con frases tan inequívocas como «Desearía que alguien me explicase si se trata de lo que llaman en España «chupar del bote» o «enchufe», en Cuba «botella» en Méjico «pegarse a la ubre», y otras lindezas semejantes, pero llega a su colmo cuando dice: «El psiquiatra podría explicar, con todos esos perfiles y arabescos que saben poner los médicos de ochenta pesos por consulta, las circunstancias en que fue asesinado el psiquiatra don José María Villaverde».

Como puede verse, la acusación es verdaderamente desaforada e indigna, especialmente teniendo en cuenta que las relaciones entre Villaverde y Lafora habían sido pésimas, tanto en el terreno puramente científico, como de «política médica».

Contestó Lafora en una tranquila carta (documento inédito), haciendo ver que sus honorarios eran mucho menores y que «me duele mucho que haya alguien que crea en tamaña monstruosidad respecto a mi». «La lucha científica y profesional que existió entre el doctor Villaverde y yo, casi siempre iniciada por él, no puede tener relación alguna con lo que haya ocurrido desde que estalló la guerra civil española, en la que yo me sentí tan amenazado como cualquiera, teniendo que sufrir coacciones de los enfermos del Hospital General y un intento de incautación por el personal de mi sanatorio de Carabanchel bajo, hoy saqueado».

Contesta públicamente Pereyra en *Lectura*, T. XIV, n.º 3, (190-192), 1940, indicando que no había ninguna acusación en su carta y que ignoraba los choques habidos entre ambos psiquiatras, dice «El hilo de mi artículo me llevaba precisamente a que se tocara el caso lastimoso». Dice que simplemente le pedía una explicación: «Sírvese pasar usted los ojos nuevamente por mi artículo, y verá claramente que yo me movía en una línea que no va en la dirección de posibles intervenciones de usted, sino en la de lo que usted pudiera pensar y decir con relación a este caso, perdido entre mares de infortunios semejantes».

Resulta confusa la explicación de Pereyra, como confusos son todos los artículos ofensivos de este señor Pereyra, hacia Lafora en cuanto a la redacción de los mismos. La acusación —ruín e indigna— parece ser lo único claro de ellos.

d) *Polémicas científicas*

El temperamento de Lafora, y quizá no sólo el suyo, hizo que mantuviera varias polémicas, algunas –bastante agrias– con su colega Villaverde, otra en tono caballeresco con Sanchís Banús, Alberca Lorente y Aldama Truchuelo.

De las primeras, una se dirimió en *El Siglo Médico*, en 1921, a propósito de la ataxia tabética, y pudiera ser calificada de virulenta. Se inició cuando Lafora publicó un trabajo en el n.º 4 de *Archivos de Neurobiología*, titulado *Sobre la patogenia de la ataxia tabética*, que no debió de gustarle nada a Villaverde, el cual, en el n.º 3.514 de *El Siglo médico*,¹⁹⁷ y bajo el mismo título, analiza el artículo de Lafora arremetiendo terriblemente contra él. Para ello, hace un análisis muy detallado de la patogenia de cada síntoma en la tabes, basándose en autores franceses y alemanes. Explica Villaverde cada síntoma según su lesión patológica (la ataxia, hipotonía, trastorno sensitivo, etc.) y cómo y por qué pueden aparecer disociados. El estudio es tan profundo como la diatriba. Entre otras cosas dice: «... en neurología, la clínica por sí sola, para aclarar todos estos problemas de patogenia no va a ningún lado. Es preciso el estudio clínico acabado y perfecto del enfermo y luego un estudio anatómico de la pieza, no macroscópico, sino en cortes seriados. Esto es muy penoso y es natural que el doctor Lafora no lo haga, pues lleva mucho tiempo, aparte que los métodos de Marchi y Weigert-Pal que son los clásicos empleados, aunque no complicados, exigen un aprendizaje y una constancia que no es para todos».¹⁹⁸

Contesta Lafora, bajo el título *Sobre la patogenia de la ataxia tabética. (Respuestas a unas objeciones del Dr. Villaverde)*¹⁹⁹ también en el *Siglo Médico*, n.º 3.516, en un tono mordaz e insultante. Hace una pobre defensa de su trabajo previo y un ataque –poco elegante a nuestro juicio– no basado en argumentos científicos. Dice Lafora: «Yo bien se que cuando el doctor Villaverde vea más enfermos, cosa que deseo le llegue pronto, tendrá que abandonar más o menos sus trabajos propioceptivos, a la vez que se verá libre de los complejos reprimidos que ahora le martirizan...» Más tarde se hace francamente reiterativo hablando de cómo fue él el primero en describir los cuerpos amiláceos cosa que no era la que estaba en litigio.

Una segunda polémica científica, mantenida también con Villaverde, tuvo como tema la terapia intrarraquídea de la lues nerviosa. Esta terapéutica intratecal fue introducida en España por Lafora, quien

fue acérrimo defensor y partidario de la misma, considerando a este método como el de elección, tanto en la tabes como en la parálisis general progresiva,²⁰⁰ llegando a afirmar en el Congreso de Oporto de 1921,²⁰¹ que «la terapéutica intrarraquídea es más eficaz que la general en todos los casos de neurosífilis, pues mejora o cura casos en que la terapéutica general intensiva ha fracasado», así como que ha practicado «más de 1.100 inyecciones intrarraquídeas».

Este método siempre fue criticado por Villaverde, quien en su trabajo: *Sobre la terapéutica intrarraquídea de la lues nerviosa*²⁰² publicado en *Medicina Ibero*, y en tono reposado y poco agresivo, hace ver a Lafora que esa terapéutica es poco eficaz y está prácticamente abandonada, diciéndole que en esta polémica el tiempo le ha dado la razón y recomendándole que lo reconozca noblemente.

Dice también que ya no contestará a más artículos polémicos de Lafora pues le fatiga. Curiosamente, este artículo final de Villaverde no lleva tono polémico, sino correcto y sensato, quizá debido a que —efectivamente— en este tema, el tiempo iba dando la razón a Villaverde.

Otras polémicas menores, o simplemente diversidad de opiniones, mantuvieron Villaverde y Lafora como la habida a propósito del tratamiento hepático en la mielosis funicular²⁰³ u otras de índole psiquiátrica. Tal vez este antagonismo se viera exacerbado con ocasión de las oposiciones que realizaron ambos para la plaza de neuropsiquiatría de la Beneficencia (director del Manicomio de Alcalá), a finales de 1933. En *El Siglo Médico*,²⁰⁴ se publica un comentario de las oposiciones, que —según el comentarista— fueron de muy clara superioridad de Villaverde, aunque sin embargo la plaza fue para Lafora, quien se hace una autodefensa en el número siguiente de la revista. Parece probable que ambos demostrasen sus amplios conocimientos, pues unos meses más tarde, el segundo sábado de enero de 1934, se le hace un homenaje a Villaverde «el ilustre psiquiatra y neurólogo español»²⁰⁵ pues en la oposición mencionada el tribunal recomendó que se crease otra plaza para él, y lo hacen en este momento por unanimidad del tribunal de las oposiciones.

La polémica habida con Sanchis Banús, Alberca y Aldama, fue con ocasión de un caso publicado por estos autores de una enferma con síndrome miasténico, a la que practican una biopsia muscular de deltoides, encontrando triquinas enquistadas en el músculo, y lo diagnostican de miopatía por triquinas.

Lafora publica en *Gaceta Médica Española*²⁰⁶, *Encefalopatías debidas*

a la triquinosi, donde describe la evoluci3n hist3rica y los sucesivos descubrimientos cl3nicos y de laboratorio de esta afecci3n, y a continuaci3n estudia el caso publicado por Sanch3s Ban3s y colaboradores, concluyendo que «hemos obtenido una opini3n distinta de la de nuestros colegas», indicando que en su opini3n se trata de una mias-tenia t3pica que coincidi3 con triquinas, argumentando que a los pocos meses de realizada la biopsia no hab3a eosinofilia ni embriones de triquina en L.C.R., que trece a3os es una evoluci3n muy larga para una triquinosi, y que la paciente no present3 fiebre, ni edema ni dolor. Tambi3n indica que la par3lisis de cuerdas vocales era de un lado –lo que interpreta como signo focal– muy raro en la triquinosi y que nunca se hab3a observado este s3ndrome triquin3sico en la actualidad.

Contestan Sanchis Ban3s, Alberca Lorente y Aldama Truchuelo en la misma revista, con el t3tulo de *Sobre los s3ndromes de la triquinosi humana. (R3plica a las observaciones de Lafora)*²⁰⁷ en donde comienzan diciendo que Lafora les dio a conocer su trabajo antes de enviarlo para publicaci3n, amabilidad a la que ellos correspondieron d3ndole a leer a Lafora esta r3plica tambi3n previamente a su env3o a la revista. Recalcan el car3cter de miopat3a que hab3an querido dar al trabajo y no el de encefalopat3a que interpreta Lafora, y muy juiciosamente afirman: «este di3logo s3lo podr3a prolongarse a expensas de alardes de erudici3n o de argumentos capciosos».

Lafora hace una «aclaraci3n final»,²⁰⁸ en la que se ratifica en sus argumentos, especialmente en la rareza de la evoluci3n larga y progresiva en la triquinosi, y termina diciendo: «... los escritos precedentes demuestran que es posible, en nuestro pa3s, una discusi3n cient3fica pura sobre problemas m3dicos, en los que cada uno sabe guardar el debido respeto profesional y personal, evitando esa acritud tan com3n en nuestro medio. Sirva esto de ejemplo para ciertos esp3ritus amargados por el fracaso y afectos de maldad patol3gica, los cuales convierten las discusiones m3dicas en patio de vecindad, donde vierten sus odios y sus envidias».

¿Ser3a muy descabellado adivinar en este 3ltimo p3rrafo una alusi3n a las pol3micas de Villaverde?

e) *Magisterio*

Lafora divulg3 sus ense3anzas e investigaciones tanto directamente a sus disc3pulos, que los tuvo y en buen n3mero, como a trav3s

de sus publicaciones, especialmente en la revista tan querida para él y de la que fue cofundador: *Archivos de Neurobiología*.

También colabora en otras revistas, ya que, su conocimiento profundo del alemán, inglés y francés, le permitía traducir y divulgar obras y artículos de revistas extranjeras. Regularmente traducía y criticaba lo que de neurología se publicaba, apareciendo sus críticas y traducciones en *Anales de Medicina Interna*²⁰⁹ y otras.

Lafora fue un maestro no profesoral, es decir, que no explicaba lecciones magistrales a sus colaboradores cotidianos, sino que enseñaba con su ejemplo y actitud diarios. «El maestro enseña y educa, a veces sin proponérselo, a quienes le rodean y desean asimilar sus enseñanzas y sus ejemplos», «el maestro tiene discípulos que son todos ojos y oídos para aprehender sus enseñanzas, muchas veces tácitas», «Lafora enseñó, ciertamente, mucha ciencia, pero enseñó también con su gesto austero, con su mirada penetrante y hasta con las infantiles explosiones propias de su temperamento».²¹⁰

Discípulos y colaboradores de Lafora fueron entre otros: Miguel Prados, José Germain, Sixto Obrador, Luis Valenciano Jr., Justo Gonzalo, López Aydillo, Enrique Escardó, R. Rey Ardid, González, Rodríguez Somoza, A. D. Borreguero, M. Bustamante, Rojas Ballesteros, Bartolomé Llopis, Diego Gutiérrez, Gómez, Ortega, Vázquez, Villa, Molina, Troyano, Cabrera, Román, del Olmo, Vega, Oliveros, Jareño, Santo Domingo y F. Llaveró. También Román Alberca y José M.^a Aldama «...vieron en Lafora a otro preceptor o consejero».²¹¹

Valenciano señala algunas de las características del magisterio de Lafora²¹²: «No era un maestro cómodo. A lo largo del tiempo a mí, a Germain, a Rey Ardid, a Agulló, a Bustamante, a Mena, a Ortega, hubo como es lógico, de llamarnos en ocasiones la atención. Su método predilecto era la carta. A las pocas horas de una visita al Sanatorio recibíamos una misiva de advertencia, crítica o reproche escueta y contundente». «Dos cualidades resultaban incómodas para los que le rodeábamos. La primera, su falta de noción del tiempo; yo le hablé alguna vez de su «cronopatía». Sus horarios eran siempre aleatorios y las esperas desesperantes.

La otra cualidad a que quería referirme era su falta de memoria, muy concretamente para los nombres, que tuvo de siempre, y no, como es habitual, por deterioro de la edad».

Además de esta cronopatía, era frecuente que el ilustre psiquiatra madrileño, olvidase los nombres propios de las personas, especialmente en temas científicos. Le ocurría con frecuencia el conocer

perfectamente las obras y los problemas planteados o resueltos por los distintos autores, pero sin lograr recordar el nombre de los mismos, muy al contrario de algunos otros pseudocientíficos, que sólo conocen el nombre propio de un autor sin conocer su obra.

Apreciaba sinceramente a sus discípulos, aunque no siempre lo demostraba explícitamente. En cambio, en las situaciones de auténtica necesidad o apuro, no dudaba en socorrerles con los medios que fuesen precisos, como sucedió con Llaveró cuya vida hubiera corrido peligro de no haberle ayudado su maestro en las agitadas jornadas del comienzo de la guerra civil.²¹³

Honores científicos

Lafora gozó de gran popularidad científica en España y en todos los países cultos. El descubrimiento de los «cuerpos amiloides» en la epilepsia mioclónica, y las polémicas que este descubrimiento levantó, en cuanto a etiología, significación y prioridad, contribuyeron a la divulgación del nombre de Lafora en el extranjero.

Sus discípulos, sus trabajos y sus clientes, le hicieron muy conocido en España, a pesar de que su vida profesional pública disminuyó notablemente después de su regreso del exilio, en 1946. Fue, como hemos dicho, académico de la Nacional, siendo elegido en 1929. Ocupó la vacante de Espina y Capó. Pronunció el discurso inaugural el 14 de mayo de 1933, sobre *La fisiología y patología del sueño*, siendo contestado por don Gregorio Marañón.²¹⁴

En diciembre de 1929 fue elegido Presidente de la Academia Médico-Quirúrgica Española, donde presentaba con frecuencia casos clínicos o conclusiones de sus investigaciones.

Fue creador y director del laboratorio de fisiología cerebral en el Instituto Cajal, y director por oposición del servicio de neuropsiquiatría del Hospital Provincial de Madrid, y del sanatorio neuropático de Carabanchel Bajo.

Participó, como organizador, en muchos congresos internacionales, y fue vicepresidente en el segundo Congreso Neurológico Internacional de Londres de 1935,²¹⁵ así como presidente de honor del IV Congreso de Neuropatología en Munich. A comienzos de 1957 fue nombrado académico de honor de la Real Sociedad de Medicina de Londres, en la sección de neurología.

Don Gonzalo estaba orgulloso de haber conocido y trabajado en ocasiones con los maestros de la neurología más prestigiosos del

mundo. Con especial complacencia nos relata él mismo sus primeras relaciones con Sherrington,²¹⁶ «... en el Congreso Internacional de Fisiología celebrado en París en 1921, el primero después de la primera Guerra Mundial, presentamos en la Sección de Fisiología del Sistema Nervioso nuestro trabajo experimental, hecho en colaboración con el doctor Prados Such, sobre las funciones del cuerpo caloso en los gatos y los monos, utilizando los métodos de los reflejos condicionados de Paulow y el anterior método de Kalischer, mediante hábitos previamente establecidos en los animales por el entrenamiento autónomo y analizando después cinematográficamente las perturbaciones apráxicas, o de las actividades manuales, producidas distintamente según que las lesiones del cuerpo caloso fuesen totales o parciales. Cuando en París terminó mi exposición (acompañada de la exhibición de la película cinematográfica), el presidente de la sección, que era precisamente el profesor Sherrington, vino a felicitarme y me invitó a visitar su gran laboratorio fisiológico de la Universidad de Oxford. Pocos días después, cumplía yo mi promesa de saludarle en Oxford, y constituye para mi un recuerdo inolvidable de mi vida su bondadosa invitación a tomar el té en su casa, para después acompañarme a hacer una visita minuciosa a su magnífico laboratorio. Y aquí viene lo curioso de esta anécdota: toda la tarde estuvo quejándose Sherrington de que él ya no podría realizar en Inglaterra experimentos fisiológicos similares a los que yo había presentado en París, porque las poderosas asociaciones de las señoras antiviviseccionistas inglesas, no considerando suficientes los métodos anestésicos para suprimir totalmente el dolor en los animales de experimentación, les obligaban a los fisiólogos a que todo animal de experimentación había que seccionarle previamente el tronco cerebral, para que de este modo, quedasen interrumpidas las vías transmisoras ascendentes del dolor al cerebro, suprimiendo, por tanto, el sufrimiento de los animales. Esta maniobra previa daba origen inmediatamente a la producción de rigidez descerebrada, y consecutivamente a las alteraciones del tono muscular del organismo. Y fueron sus posteriores descripciones detalladas y precisas de estas alteraciones del tono muscular las que motivaron, años después, que se le honrase con la concesión del premio Nobel».

Fue también miembro de honor de las Sociedades de Neurología de Francia (1950), Lima (1950) y Alemania (1952), así como de otras Psiquiátricas y Médicas.



Obra

La formación de Gonzalo Rodríguez Lafora al lado de los mejores histólogos de su época, va a proporcionar un tinte anatómico a toda su obra, siendo muchos de sus trabajos de tipo anatomoclínico, tal como ocurre con la mayoría de los neurólogos madrileños de esta «generación dispersa» como la llamó Valenciano. La influencia de Cajal, Achúcarro y Simarro parece evidente.

Lafora, sin embargo, de formación amplia, conoció —como queda dicho— los laboratorios de neurofisiología de Sherrington, Lippman y Dejerine por lo que muchos de sus trabajos fueron de índole experimental e investigadora. Con gran orgullo, escribe Lafora que él fundó en el Instituto Cajal «el primer laboratorio español de fisiología experimental del sistema nervioso».²¹⁷

De acuerdo con estas características, dividiremos su obra en clínica, experimental e histopatológica, si bien sólo la primera, por ser el objeto de nuestro estudio, será considerada más ampliamente.

Lafora, como corresponde a un buen discípulo de los maestros mencionados, buscó siempre la lesión que materializaba el síntoma, y una prueba de ello fue su tendencia organicista, somatizante y anatómica de la psiquiatría, como pone de manifiesto en su gran trabajo *La orientación neurológica en la Psiquiatría*²¹⁸ en el que tras indicar la evolución «somatológica» de la psiquiatría del siglo XX, frente a la «especulativa» del XVIII, analiza los síntomas psíquicos producidos por lesiones corticales del cerebro, como las ilusiones sensoriales del olfato, visuales, auditivas, amnesias sensoriales y motoras, afasias sensoriales y motoras, alucinaciones (acústicas, gustativas, olfativas) demencias etc. También hace un amplio recuento de las alteraciones psíquicas producidas por lesiones en el tronco cerebral y ganglios subcorticales, como las psicosis de la motilidad, estereotipias, iteraciones, agitación iterativa, automatosis, dependencia entre el pensamiento y la motilidad, perturbaciones del yo, trastornos del temperamento y carácter, trastornos caracterológicos postencefalíticos, risa y llanto espásticos, alteraciones de la conciencia, perturbaciones del sueño y vigilia, falsas percepciones, alucinosis, alucinosis peduncular, perturbaciones de la memoria, perturbaciones de la imaginación, de la atención y las alteraciones de apariencias histéricas y origen orgánico. En resumen, hace un repaso de la sintomatología psíquica con soporte lesivo orgánico, lo que puede servir de preámbulo y ejemplo para el estudio de la obra del neurólogo madrileño.

1.º) *Clínica*

La neurología clínica constituye sólo una parte de la ingente obra de Lafora. Hemos recogido –no obstante– cerca de cuarenta trabajos que el neurólogo madrileño publicó sobre temas exclusiva o casi exclusivamente clínicos, y que hemos clasificado en los apartados:

- a) Tumores del encéfalo.
- b) Demencias orgánicas.
- c) Enfermedades infecto-contagiosas e inflamatorias.
- d) Enfermedades del sistema extrapiramidal.
- e) Terapéutica.

a) *Tumores del encéfalo*

Ya en 1912, estudió Lafora un caso de angioma del puente de Varolio desde el punto de vista anatomoclínico, de modo completísimo, presentando varias fotos de autopsia.²¹⁹ Ocho años más tarde, expone uno de los mejores estudios neurológicos publicados en la época, con ocasión de un tumor del cuerpo calloso,²²⁰ al que estudia y enfoca desde un punto de vista típicamente neurológico especializado, destacando los pasos seguidos hacia el diagnóstico, con precisión y claridad.

En cuanto a la semiología de los procesos expansivos intracraneales publicó tres interesantes trabajos, dos de ellos dedicados a la fiebre y la taquicardia como síntomas de los tumores, y un tercero sobre el hambre y la anorexia como expresión de esta misma patología. En los primeros,²²¹ y ²²² resume algunos trabajos previos que indicaban ligera hipertermia en el lado opuesto al que ocupaba el tumor, lo que se interpretaba como afectación de centros vasomotores corticales, o lesiones del tálamo o del núcleo caudado.

Tras describir la fiebre hemilateral de Berger, repasa las experiencias fisiológicas realizadas hasta el momento, y concluye en que hay centros termógenos en el bulbo, tuber cinéreo y núcleo caudado, siendo el del tuber el más importante. Describe también las ideas de Mayer acerca de la posible existencia de dos centros, uno que regularía el calor y otro el frío. Estudia un caso que durante meses había tenido fiebre de 38 a 40°C., sin causa sistémica objetivable que la explicase y que cede durante una semana tras la punción lumbar. Se trataba de un tumor parietal. Estudia un segundo caso, realmente interesante, de un paciente que presentaba un síndrome parietal de tres años de evolución, con crisis jacksonianas. Intervenido por Go-

yanes, se le extirpó un tumor parietal izquierdo como una mandarina y de aspecto fibrosarcomatoso. Concluye Lafora:²²³ «El caso confirma la existencia de centros corticales que producen fiebre por intervención de alteraciones vasomotoras. Los auténticos centros cerebrales de la temperatura asientan en el infundibulum del tercer ventrículo...».

En la tercera publicación sobre semiología tumoral,²²⁴ estudia los mecanismos fisiológicos del hambre y la sed, primeramente desde el punto de vista bibliográfico, exponiendo a continuación dos casos, uno de un tumor de cerebelo en un enfermo que tenía «la constante preocupación... respecto de su alimentación» así como un «apetito anormal, probablemente derivado de la compresión de los centros vegetativos del hipotálamo», y otro en el que «nos sorprendió el hecho de que no cesase de comer pan y otras sobras alimenticias de los demás enfermos». Este último presentaba un gran tuberculoma frontal derecho. Concluye Lafora que el síntoma hambre puede tener doble génesis, «por afectar a los diversos mecanismos nerviosos que intervienen en la producción del hambre: uno, el mecanismo motor cerebral, que influye sobre los centros bulbares (vagales) de la motilidad gastrointestinal; y otro, el mecanismo vegetativo hipotalámico, que regula el metabolismo del azúcar e influye a través de las vías parasimpáticas en la irrigación vascular, secreción y motilidad gástrica». Como es frecuente en Lafora, el trabajo va seguido de amplísima bibliografía.

En lo referente a tumores medulares, se ocupó de la mielografía como medio de diagnóstico en estos procesos, en su artículo *El diagnóstico topográfico de los tumores difusos de la meninges medular por el lipiodol*²²⁵ en el que describe la técnica de la mielografía, ascendente y descendente, y refiere un caso de clara compresión medular, en el que el contraste inyectado por vía cisternal no descendía de la cisterna magna y el lumbar no pasaba «en la médula lumbar y dorsal». La laminectomía realizada por el doctor Viguera, en la 4.^a, 5.^a y 6.^a dorsales, evidenció «toda la médula envuelta en una capa mucilaginosa amarillenta y espesa que se extiende arriba y abajo...». El estudio histopatológico dijo tratarse de un mixosarcoma difuso de la piamadre medular.

También en los años del exilio en Méjico, realizó alguna publicación sobre este tema. Sirva de ejemplo la titulada *El diagnóstico localizador de los tumores cerebrales del lóbulo temporal* publicada en los *Archivos de Neurología y Psiquiatría de México*.²²⁶

b) *Demencias orgánicas*

Fue este un tema muy del agrado de Lafora, si bien sus estudios en este campo predominaron en lo histológico, antes que en lo clínico. Publicó, no obstante, un amplio trabajo anatomo-clínico: *Contribución al estudio de la demencia senil y sus formas* en el que describe los diferentes tipos de demencias seniles y preseniles, relatando un caso de enfermedad de Alzheimer con acabado estudio necrópsico.²²⁷ Esta enfermedad, hacía sólo cinco años que había sido descrita, y cuando el propio Lafora presenta más tarde un nuevo caso en la sesión del dos de marzo de 1914, en la Academia Médico-Quirúrgica Española, sólo se habían descrito veinte casos en la literatura universal.

Al citar los trabajos histopatológicos, se pondrá de manifiesto de nuevo, la predilección de Lafora por el substrato anatómico de los síndromes demenciales.

c) *Enfermedades infecto-contagiosas e inflamatorias*

Bajo este epígrafe hemos agrupado los artículos de Lafora acerca de la clínica de las encefalitis, neurolues y otras como el reumatismo o la meningitis.

Respecto a la encefalitis, publicó un primer trabajo sobre la encefalitis letárgica en España²²⁸ en el que describe el concepto de la enfermedad, apoyado en los trabajos primitivos de Von Economo y otros, estudia la anatomía patológica de la afección y separa los cuadros nosológicos correspondientes a la encefalitis gripal de la letárgica. Estudia diez casos, en sus diversas formas clínicas y presenta cortes anatómicos de las piezas de necropsias.

Dice textualmente: «es un proceso distinto de la encefalitis gripal y que es probablemente determinado por un parásito semejante al de la poliomiелitis epidémica»,²²⁹

Tres comunicaciones presentó Lafora a la Academia Médico-Quirúrgica Española acerca de la encefalomiелitis diseminada. La primera en Sesión del 28 de enero de 1935, titulada *Encefalomiелitis diseminada o enfermedad de Flatau; diagnóstico, pronóstico y tratamiento*²³⁰ en donde expone el concepto y sintomatología de la enfermedad, y su gravedad. Cita a Alberca y a Rodríguez Arias, quien logró salvar dos enfermos con nucleinato de sosa, por lo que también Lafora administra este preparado a su enferma quien se recupera.

Con el título de *Un caso de encefalomiелitis diseminada*, comunicó de nuevo en sesión del 20 de abril de 1936,²³¹ y un curioso caso que

apareció a raíz de una intervención fue presentado bajo el título de Encefalomiелitis diseminada aparecida a raíz de una frenicectomía²³² el mismo año.

Respecto a las secuelas encefálicas, publica en el libro-homenaje a Marañón un caso de parkinsonismo y basedowismo postencefalítico²³³ en donde tras hacer un buen estudio del exoftalmos neurógeno y citar un caso anterior de Inglesis, afirma que el basedowismo puede ser postencefalítico a causa de la influencia del sistema nervioso en los órganos endocrinos.

Respecto a la neurología, sus trabajos fueron más bien de índole histológica y sobre todo terapéutica que clínica. Publicó sin embargo, un estudio anatomoclínico completísimo, exhaustivo, de cinco casos de la forma juvenil hereditaria de la parálisis general,²³⁴ ocho casos de reacciones psiquiátricas anormales consecutivas a la malarioterapia en la parálisis general progresiva²³⁵ y el caso ya mencionado en las polémicas con Villaverde acerca de la patogenia de la ataxia tabética.²³⁶

Otras enfermedades infecciosas de las que se ocupó Lafora fueron la meningitis, describiendo un nuevo síntoma que consiste en la tendencia repetida y precoz del enfermo a tocarse y rascarse la nariz, lo que se explicaría según Lafora por una irritación del trigémino,²³⁷ y el reumatismo, como origen de una parálisis facial recurrente bilateral, en una enferma en cuya familia hubo varios miembros con igual enfermedad.²³⁸ También sobre la afección reumática, realizó un amplio trabajo titulado *El reumatismo infeccioso del Sistema Nervioso Central y Periférico, y sus formas clínicas*²³⁹ probablemente realizados estos últimos en Méjico, y sin publicar, según creo.

d) Sistema extrapiramidal

Dos trabajos casi exclusivamente clínicos hemos recogido en este terreno. En el primero: *Nistagmus congénito y temblor hereditario de la cabeza* narra un caso cuya lesión localiza Lafora en las fibras estriorrúbricas y en cerebelo, analizando las vías anatómicas que intervienen en el nistagmus. Demuestra en este trabajo²⁴⁰ que está totalmente al tanto de las últimas publicaciones anatómicas y fisiológicas de la época.

En el segundo, titulado *La pseudoesclerosis tardía (formas familiares y hereditaria)*²⁴¹ hace una revisión de lo publicado sobre los casos y la problemática del Parkinson y la herencia, concluyendo que «es muy dudosa actualmente la existencia de una verdadera parálisis agitante

juvenil familiar». Estudia las formas de pseudoesclerosis, según los casos previamente descritos en la literatura, y presenta dos familias por él estudiadas. Se refiere a este proceso como: «este síndrome sumamente semejante al de la parálisis agitante y que clínicamente es casi indiferenciable». En una familia, de 9 hermanos, 5 padecen el síndrome, exponiendo las historias clínicas de tres casos que examina. En la otra, natural de Navarredonda (Avila), se da el hecho interesante, que un miembro afecto se casó dos veces, con patología en ambas descendencias.

Indica que para diferenciar las enfermedades, hay que hacerlo por el carácter familiar de la pseudoesclerosis de Westphal-Strumpell frente a la escasez de formas hereditarias de parálisis agitante. Describe dos formas de pseudoesclerosis Westphal-Strumpell, una juvenil «que se aproxima a la enfermedad de Wilson, y la tardía, que se asemeja más a la parálisis agitante genuina, de la que se diferencia por su iniciación más temprana y por su frecuente carácter familiar.²⁴²

e) *Terapéutica*

Es quizá en este capítulo donde la obra de Lafora en relación con la práctica clínica es más original, aunque no siempre tuvo éxito con sus innovaciones terapéuticas. La mayor parte de ellas estuvieron dedicadas a los grupos nosológicos siguientes:

I) Miastenia. Pensaba Lafora que la etiología de esta afección venía dada por «un trastorno metabólico general que causa la decalcificación y la falta de fijación de lipoides y fosfátidos necesarios para la actividad de las células nerviosas motoras, y la fatiga consecutiva de éstas causa el síndrome miasténico»²⁴³ Basado en los trabajos de Magat «sobre el poder terapéutico de los lipoides» inicia un tratamiento con «lipocerebrina» y calcioterapia, con lo que mejora un caso, y otro exclusivamente con lipocerebrina, que es una solución al 10 % de lecitina en glicerina. La calcioterapia la hacía con cloruro de cal. Estas ideas las presentó en la Academia Médico Quirúrgica Española, sesión del 28 de mayo de 1928, y más tarde, al año siguiente, publica en *Archivos de Neurobiología* una carta que le envió Hamburger, de Breslau, en la que le da a conocer buenos resultados con este método, aprovechando Lafora la ocasión para volver a escribirlo.²⁴⁴

También utilizó –según cita Barraquer²⁴⁵– el extracto de tuber cinereum, en el tratamiento de esta misma afección.

II) Encefalomielitis diseminada de Flatau. Hemos ya reseñado que Lafora inicia el tratamiento de esta afección con nucleinato de

sosa, siguiendo a Alberca y Rodríguez Arias, con éxito. Utilizaba 5 c.c. al 6 % en días alternos.

III) Meningitis tuberculosa. Utilizó el tratamiento intrarraquídeo, a base de tuberculina, con escaso éxito, a juzgar por dos casos que publicó, que resultaron exitus letalis²⁴⁶; no obstante, tras analizar los métodos propuestos por otros autores, concluye en que la tuberculina intratecal puede estar indicada, por haber observado mejorías transitorias.

IV) Mielosis funicular. Lafora es de los primeros en España en emplear la hepatoterapia en esta afección, publicando, junto con Bustamante, un caso en el que obtuvieron la curación del paciente. Indican que es necesario «el examen sistemático de la sangre de todo enfermo con síntomas medulares difusos y de etiología desconocida»²⁴⁷ recomendando también el análisis de jugo gástrico y el empleo de dosis altas.

A primeros de febrero, presenta el caso en la Sesión de la Academia Nacional, originándose una pequeña polémica²⁴⁸ ya que frente al optimismo de Lafora, Villaverde señala que la terapéutica de estos casos está llena de ingratitudes y que él nunca se atrevería a dar a uno de estos enfermos por curado. También Simonema apoyó a Villaverde. Pittaluga, haciendo gala de una casuística de 16 pacientes tratados, señala que 3 curaron, 9 permanecieron sin cambios y 4 empeoraron.

V) Siringomielia. La afición de Lafora hacia las terapéuticas innovadoras queda patente en su trabajo «Sobre la terapéutica quirúrgica de la siringomielia y sobre otros tratamientos en neuropsiquiatría»²⁴⁹ en el que empieza exponiendo con satisfacción, que él fue el iniciador en España de la malarioterapia para la parálisis general progresiva, la narcosis prolongada para la esquizofrenia y la terapéutica intrarraquídea, que comenzó a publicar en 1917, y que considera útil en la neurosífilis terciaria, como más adelante veremos.

Acerca de la siringomielia, señala los trabajos de Puusepp acerca del tratamiento quirúrgico, al que otorga confianza, como ya había publicado un año antes²⁵⁰ en su artículo *El tratamiento quirúrgico de la siringomielia (método de Puusepp) y las ideas modernas patogénicas*, donde expone, en lo referente a patogenia, la hiperplasia neurógica periependimaria. Cita las experiencias de Naunyn (recogidas por Castresana)²⁵¹, quien trituraba una parte de la médula espinal a perros recién nacidos, observando que se producía una cavidad siringomiélica por encima de la lesión. Valora la disrafia descrita por Bremer, para

aclarar la patogenia de lairingomielia. Diferencia hidromielia de siringomielia, indicando que pueden coexistir. Respecto a la terapéutica quirúrgica, aconseja dirigirla hacia las formas cavitarias hidromiéllicas no tumorales, reservando la radioterapia para las tumorales.

VI) Narcolepsia. Presentó, junto con Aydillo, dos casos en la Academia Médico-Quirúrgica Española, en sesión del 30 de Noviembre de 1931²⁵² de sueño patológico (narcolepsia) y los resultados positivos que obtuvieron con la efedrina, cuya acción evalúan en 7 horas. Tanto en esta presentación, como en una publicación ulterior²³³, se muestran partidarios de la teoría neurovegetativa del sueño, relacionando este estado con un predominio parasimpático, y el de vigilia con el predominio simpático. Los buenos resultados obtenidos con la efedrina en los casos que presentan y publican confirmarían esta hipótesis.

VII) Lues. Como hemos señalado, Lafora fue el introductor y decidido partidario de la terapia intrarraquídea antiluética, que comenzó divulgando hacia 1917.^{254 255} Realizaba este tratamiento inyectando suero mercurializado (3 a 5 mgs. de sublimado) para todo tipo de lues nerviosa. En esta primera comunicación presentó 5 casos, indicando que sólo se pueden esperar curaciones de los síntomas inflamatorios, y no de las lesiones ya establecidas antiguas. Cree que el tratamiento de elección viene dado por la combinación de la vía intravenosa con los sueros mercurializados y salvarsanizados con esta vía intratecal, especialmente en la tabes dorsal y en la parálisis general progresiva. Como suele ser habitual en él, compara sus resultados con los publicados en las bibliografías alemana, inglesa, americana y francesa.

En 1920 publicó una monografía sobre este tema²²⁶ en la que estudia –además– la fisiopatología del líquido cefalorraquídeo y la clínica de la neuro-lues. En el Congreso de Oporto, presentó su trabajo *Progresos recientes en el tratamiento intrarraquídeo de la neurosífilis*^{257 258} donde –una vez más– se muestra partidario del método intrarraquídeo y expone las objeciones que se han hecho a este proceder, tratando de refutarlas. Como en la mayor parte de sus trabajos, manifiesta una actitud comedida, si bien afirma «que la terapéutica intrarraquídea es más eficaz que la general en todos los casos de neurosífilis, pues mejora o cura casos en que la terapéutica general intensiva ha fracasado»²⁵⁹ y cita cómo Covisa lo recomienda en la tabes, y Fernández Sanz en la parálisis general progresiva, pero, dice, «Nosotros opinamos, por el contrario, que, dada la mayor efica-

cia y prontitud de acción de la terapéutica intrarraquídea, debe emplearse desde el primer momento, no sólo en la tabes y en la parálisis general, sino también en todas las formas meníngeas o meningoparenquimatosas de la sífilis nerviosa (formas terciarias)». ²⁶⁰

Lafora recibió diversos ataques por su devoción a este método. En uno de ellos, parece ser que en la Academia Médico-Quirúrgica «afirmó un sifilógrafo, enemigo de la terapéutica intrarraquídea, que la circulación del líquido cefalorraquídeo, desde la médula hacia el cerebro, no estaba demostrada» ²⁶¹ Lafora contestó que: «Este argumento representa un desconocimiento tal de los progresos científicos, que no puede pasarse sin una discusión detenida». ²⁶² Cita, entre otras, sus propias experiencias, que «han demostrado que las sustancias colorantes, tanto solubles como en suspensión, inyectadas en el saco lumbar de los animales, pasan a los espacios aracnoideos cerebrales, generalizándose más por éstos proporcionalmente a la mayor duración de la vida del animal» ²⁶³ Insiste también en el diagnóstico precoz, pues cree que la máxima eficacia de este tratamiento intrarraquídeo tiene lugar durante la fase inicial de la inflamación meníngea.

Dice: «La terapéutica intrarraquídea, usada prudentemente y con perfecto conocimiento diagnóstico del enfermo que vamos a tratar, es completamente inocua. Nosotros no tenemos casi que lamentar accidentes graves en nuestra experiencia de cinco años de práctica (más de 1.100 inyecciones intrarraquídeas)...».

Recomienda los autosueros medicamentosos (salvarsanizados) con inyección intravenosa previa, que disminuye los efectos secundarios. Se plantea, después, si conviene extraer poco o mucho líquido cefalorraquídeo; como de costumbre, utiliza su sensata mentalidad científica, valorando experiencias contradictorias de diversos autores, aconsejando extraer L.C.R. para mezclarlo con el suero y reinyectarlo con el enfermo en Trendelenburg.

Concluye su trabajo: «La inflamación activa de las meninges parece, pues, ir acompañada de un aumento de la filtrabilidad de los plexos coroideos, la cual, permitiendo, el paso de medicamentos al L.C. R. hace más intensiva la terapéutica intrarraquídea». ²⁶⁹

En otro trabajo sobre el mismo tema ²⁵⁶ expone el concepto de «neurorrecidivas» creado por Erlich, y que no consiste en la reaparición de síntomas ya existentes, sino en la aparición de otros debidos al Salvarsan o a reacciones de Herxheimer, durante el tratamiento de estas afecciones luéticas.

2.º) *Investigación experimental*

Lafora realizó una labor investigadora original en diversos terrenos, mereciendo citarse sus trabajos acerca del cuerpo calloso, y sus experiencias sobre los centros que influyen en la fisiopatología del sueño.

a) *Cuerpo calloso.* Junto con Miguel Prados Such, realizó Lafora la sección del cuerpo calloso a varios monos y gatos, describiendo las investigaciones previas de otros autores y la técnica quirúrgica empleada. Concluyen en los siguientes apartados.²⁶⁶

1.º La lesión del cuerpo calloso en los monos y gatos determina fenómenos parésicos y apráxicos del lado opuesto al hemisferio más próximo a la lesión. Estos desaparecen a los quince o veinte días totalmente, y el animal vuelve a ejecutar perfectamente los movimientos complicados a que se le ha habituado previamente a la operación. Si se repite algún tiempo después la operación en el lado opuesto se originan de nuevo los síntomas apráxico-parésicos del lado opuesto del cuerpo.

2.º Estos síntomas cruzados no parecen depender de la salida del líquido cefalorraquídeo de los ventrículos laterales, según pensó Korany, pues se observan también cuando no sale el líquido y faltan a veces a pesar de haber salido líquido.

3.º La extensión e importancia de los síntomas cruzados guarda un cierto paralelismo con la extensión y profundidad de la lesión del cuerpo calloso.

4.º La lesión de la rodilla del cuerpo calloso sólo produce síntomas apráxicos del brazo.

5.º La lesión de la mitad anterior del cuerpo calloso produce síntomas apráxicos del brazo y de la pierna.

6.º La lesión de la mitad posterior del cuerpo calloso sólo produce síntomas apráxicos de la pierna.

7.º La lesión del esplenio no produce casi síntomas apráxicos, o, en todo caso, síntomas casi imperceptibles de la pierna.

8.º La sección total del cuerpo calloso produce síntomas hemiparésicos que se mezclan con los apráxicos.

9.º Los síntomas apráxicos cruzados parecen depender de una acción diasquísica o de inhibición a distancia, producida por la lesión del cuerpo calloso sobre los centros kinéticos del hemisferio más próximo, los cuales, por vía cruzada producen luego los síntomas apráxicos y motores del lado contrario del cuerpo.^{267 268}

b) *Fisiopatología del sueño*. Realizó diversas experiencias en animales, muy completas e interesantes, lesionando núcleos de la parte posterior del tercer ventrículo y alrededores del acueducto de Silvio, consiguiendo que los animales duerman 34 semanas. También cateterizó el acueducto e inyectó cloruro cálcico y luminal en el tercero, obteniendo sueño profundo con pocas gotas. Estas experiencias las presentó en la sesión de la Academia Médico-Quirúrgica Española del 27 de Abril de 1931²⁶⁹ y las publicó en el mismo año,²⁷⁰⁻²⁷³ exponiendo en estas publicaciones las diversas teorías y experiencias realizadas anteriormente, con un conocimiento acabado de la bibliografía.

En un caso, también realizó la inyección intraventricular de tartrato de ergotamina, y en la sesión del 10 de noviembre de 1930, de la Academia Médico-Quirúrgica, presentó dos casos de diabéticos que padecían insomnio, y su mejoría con tratamiento insulínico. En esta presentación refiere unas experiencias con Fernández Sanz, en las que lesionaban la parte anterior del infundíbulo en 5 gatos, observando glucosuria posterior en dos de ellos.²⁷⁴

En otro terreno, se desarrollaron sus experiencias sobre la corea y atetosis experimental, más discutidas²⁷⁵ que las anteriores.

3.º) *Histopatología*.

Aunque el estudio de la obra histopatológica de Lafora se sale de nuestro objetivo, citaremos sucintamente sus trabajos más importantes en este terreno, con el fin de exponer de modo más completo la obra del gran neurólogo. Gran parte de su prestigio, lo debe Lafora a la descripción en 1911 de los «cuerpos amiláceos»: («Ueber das Vorkommen amyloider Körperchen im Innern der Ganglienzellen»)²⁷⁶ en un caso de mioclonia epiléptica progresiva. Estos cuerpos amiláceos fueron pronto conocidos como «corpúsculos de Lafora» y considerados como característicos de la epilepsia mioclónica («Epilepsie-myoclonic progressive avec corps de Lafora»)²⁷⁷ y («Progressive myoclonus epilepsy with Lafora bodies, clinical-pathological features»)²⁷⁸ si bien más tarde fue puesta en duda la especificidad de estos corpúsculos respecto a la enfermedad para la que fueron descritos.

Lafora siguió publicando sobre este tema²⁷⁹ e incluso en 1955, presentó en el segundo Congreso de Neuropatología de Londres un excelente trabajo²⁸⁰ sobre las mioclonias nada menos que con 146 citas bibliográficas.

Otros títulos de trabajos histopatológicos de Lafora son los siguientes:

- *Sur la Karyorrhesis neuroglie*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid, 1910.
- *Beitrag zur kenntnis der Alzheimer'schen Krankheit*. Zeitschr. ges. Neurol. und Psych. 1911.
- *Beitrag zur histopathologie des Rückenmarkes bei der Dementia arteriosclerotica und senilis*. Monats fur Psych und Neurol. 1911.
- *Zur Frage der hereditären Paralyse der Erwachsenen*. Zeitschr. ges. Neurol. und Psych. 1912.
- *Le substratum pathologique de la poliencephalie hemorragique superieure de Wernicke*. Folia Neuro-Biológica 1912.
- *Ueber umschriebene lindenwebige Verdickungen der inneren Fläche der Duramater bei Pachymeningitis hämorrhagica interna*. Virchow's Archiv. 1912.
- *Contribución a la histopatología de la parálisis agitante*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid 1913.
- *Sobre una degeneración poco conocida de las células nerviosas*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid 1913.
- *Neoformaciones dendríticas en las neuronas y alteraciones de la neuroglía en el perro senil*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid 1914.
- *Afecciones nerviosas de origen palúdico y metapalúdico*. Los progresos de la Clínica, 1914.
- *Modificaciones de las células neuróglícas y de las nerviosas en un glioma*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid 1915.
- *Estado actual de la histopatología del Sistema nervioso. Los progresos de la clínica*, 1917.
- *El substratum anatomo-patológico de la polioencefalitis hemorrágica superior de Wernicke*. Revista Clínica de Madrid 1912.
- *Contribución a la histopatología de la parálisis agitante*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid 1913.
- *Notas sobre las alteraciones en el nucleolo de las células nerviosas cerebrales en la enfermedad de Alzheimer*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid 1913.

- *Sobre las caperuzas pericelulares de la demencia senil y otras formaciones similares que acompañan a las prolongaciones de las células.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid 1913.
- *Notas para la histopatología de la poliomielitis epidémica.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid 1913.

Villaverde

José María de Villaverde y Larraz desarrolló también su actividad neurológica a comienzos de siglo, en Madrid. Parece ser que estudió en Valladolid, donde tuvo como maestros de histología a Río Hortega y a López García,²⁸¹ y que fue un buen estudiante, ya que obtuvo veintiseis matrículas de honor, sobresaliente en el examen de licenciatura, premio extraordinario de licenciatura, y sobresaliente en su tesis doctoral en julio de 1919.

Tan diferente a Lafora, con quien –como hemos visto– mantuvo polémicas científicas y profesionales, y divergió en opiniones políticas y sociales, siguió –sin embargo– una trayectoria semejante en su formación y actividad, que es la común a todo el grupo de Madrid; formación neurohistológica sólida, adquirida en los laboratorios de Cajal y en los de las clínicas alemanas, dominio del alemán y de algún o algunos otros idiomas cultos,* publicaciones neurohistológicas, y más tarde, actividad clínica neuropsiquiátrica, con cierta predilección por los cuadros anatomoclínicos.

De Valladolid, pasó Villaverde a Madrid, al primer laboratorio de Cajal del museo de Velasco, donde publica varios trabajos histopatológicos. Se traslada a Zurich, obteniendo diploma en la Policlínica de enfermedades nerviosas y en el Instituto Neurológico de la Universidad de Zurich, trabajando con el Profesor Von Monakow.

Trabaja más tarde en la clínica de enfermedades mentales de la Universidad de Zurich al lado del Profesor Bleuler, y en la Policlínica con el Profesor H. W. Haier.²⁸²

* Tradujo del alemán el libro de Psiquiatría de Bleuler «Tratado de Psiquiatría» (Calpe, 1924, Madrid), prologado por Cajal, quien dice «El cotejo del texto original con la versión, aparte de revelar el pleno conocimiento del doctor Villaverde de este orden de estudios...» y más tarde: «Felicitamos, pues, al doctor Villaverde por la difícil tarea felizmente realizada...»

A su regreso, trabaja en Madrid como médico encargado de la consulta neuropsiquiátrica en el Hospital Civil del Buen Suceso, y en el Instituto Médico-quirúrgico de la Encarnación.

Hemos señalado ya –al hablar de las polémicas que mantuvo con Lafora– la oposición que realizó con este neurólogo para la plaza de neuropsiquiatría de la beneficencia (director del Manicomio de Alcalá), que si bien la ganó Lafora, existió una neta superioridad de Villaverde (según algún comentarista²⁸³) por lo que pocos meses más tarde se crea otra plaza para Villaverde, como queda dicho. Trabajó pues también en las clínicas del Hospital Provincial, repartiéndose las salas con Lafora.

En noviembre de 1934 fue elegido académico de la Nacional, ocupando la vacante de Cajal, en unas circunstancias que han quedado expuestas en el estudio de las polémicas de Lafora. Conviene aquí decir, sin embargo, que no es exacta la afirmación de Lafora, cuando dice: «Frente a este fruto de la labor enorme de del Río, presentó su exdiscípulo tres pequeños trabajos que versaban sobre el mismo tema (neuritis saturnina)». ²⁸⁴ Como veremos al citar sucintamente la obra neurohistológica de Villaverde, sus trabajos pasan de la treintena, y aunque no es objeto de este estudio la valoración de los mismos, si su calidad es similar a los realizados en el campo de la neurología clínica, la labor neurohistológica de Villaverde merece, cuando menos, el calificativo de muy estimable, aunque esto no quiera decir ni por asomo, que pudiera competir con la de del Río Hortega.

Perteneció Villaverde al Instituto Cajal, laboratorio de investigaciones biológicas (de la Junta para ampliación de estudios e investigaciones científicas) y así, en el programa que este Instituto hace para el curso 35-36, puede verse que para Villaverde se proyectan estudios sobre la inervación comisural de los centros motores visuales, sobre las encefalitis y neuritis experimentales y sobre la anatomía patológica de las psicosis en relación con la clínica neuropsiquiátrica del Hospital General. Realizó pues una labor experimental e investigadora como queda plasmado en algunos de sus artículos histológicos. Tuvo también inclinaciones hacia la Historia de la Medicina, siendo vocal del X Congreso Internacional de esta disciplina.²⁸⁵ Murió joven, a los cuarenta y tantos años, verosíblemente asesinado por alguna facción fanática de la extrema izquierda, en algún lugar próximo a Paracuellos del Jarama, durante la guerra civil española. Lafora, en una carta (documento inédito) que dirigió a Carlos Pereyra y que éste cita en un artículo publicado en *Lectura*²⁸⁶ dentro de la polémica habida entre

ambos, dice así: «En Alicante oí decir que dicho médico (se refiere a Villaverde) estaba alojado en una embajada extranjera. Más de un año después, en Marzo de 1938 supe en Valencia, por el doctor Corral, de Madrid, que lo refirió, que había estado preso el doctor Villaverde en una casa de Madrid, en donde él le visitaba, hasta que con motivo de un traslado a otra, desapareció, suponiendo que lo habían asesinado...».

Su corta vida le impidió crear gran escuela, aunque tuvo algunos colaboradores como Puyuelo y Portillo en el Hospital Provincial. Estudiaremos su obra neurológica clínica, enumerando a continuación sus trabajos neurohistológicos o anatomoclínicos más importantes.

La obra de Villaverde en el campo de la Neurología, la hemos clasificado en los grupos siguientes: epilepsia, polineuritis, neuritis y neuralgias, síndromes medulares, lúes, apoplejía cerebral, otros síndromes.

1.º) Epilepsia

Estuvo muy interesado en este síndrome y en sus formas clínicas, especialmente la llamada epilepsia extrapiramidal,²⁸⁷ acerca de la que hace una revisión bibliográfica muy completa e interesante, indicando el posible origen subcortical de la fase tónica, con las experiencias y observaciones que lo avalan. Presenta tres casos de crisis sin pérdida de conciencia y de expresión tónica. Los describe de modo claro y profundo, aportando una bibliografía de casi el centenar de citas, de publicaciones alemanas y francesas, con una excepción anglosajona.

Otra forma clínica que estudió fue la llamada «epilepsia parasimpática»²⁸⁸ presentando un caso a la Académica Médico-Quirúrgica Española en su sesión del 14 de diciembre de 1931, en el que al lado de convulsiones escasas, existía gran sialorrea, sudoración, lagrimeo y aumento de la secreción nasal, siendo la exploración vegetativa, en las intercrisis, normal. En su publicación hace mención de la «epilepsia diencefálica autónoma» descrita por Penfield dos años antes. Incluye en el concepto de epilepsia parasimpática a aquéllas cuyas manifestaciones más aparentes sean vegetativas.

Publicó también sobre la epilepsia un libro de 184 páginas²⁸⁹ en el que comienza por fijar los conceptos de epilepsia sintomática y epilepsia esencial. Expone las alteraciones anatomopatológicas que se encuentran: esclerosis del asta de Ammon y gliosis marginal cortical de Chaslin, pero indicando que no constituyen el substrato de la

epilepsia, sino simplemente que se encuentran en un porcentaje de casos.

Refiere las ideas de Bleuler, Kräepelin y Föerster sobre el concepto de esta enfermedad e indica que las convulsiones parciales pueden ser esenciales y las generalizadas sintomáticas; describe las parálisis postcríticas y su duración, la importancia de la predisposición congénita o heredada, la clínica del ataque de gran mal, el aura y sus tipos: sensitiva, visual, olfativa, auditiva, psíquica, canora, vasomotora y motora. Indica que para un mismo enfermo el aura es siempre la misma.

Describe también: «el mal menor y las formas incompletas»,; ausencia de fase tónica, spasmus nutans o de Salaam, epilepsia localizada continua, epilepsia estática y extrapiramidal, epilepsia mioclónica, coreica y atetósica, ausencias, así como los conceptos de epilepsia larvada y equivalentes epilépticos.

Estudia también las manifestaciones psíquicas, las distimias, las manifestaciones eufóricas, la dipsomanía y las características de los estados crepusculares y de los de delirio epiléptico; las alteraciones de la personalidad y de la demencia epiléptica, describiendo el carácter epiléptico o enequético (prolijidad, pedantería, etc.).

En el capítulo quinto se ocupa de las alteraciones humorales en la epilepsia, exponiendo las experiencias de Meyer sobre el suero de epilépticos, las de Brown sobre viscosidad, la leucopenia durante las crisis y la leucocitosis postcrítica, la uremia y uricemia, amoniemia, creatina, creatinina, colesterina, glucosa, calcio, pH, equilibrio ácido-base etc. en epilépticos, así como las alteraciones del L.C.R. y de orina, a los que concede poca importancia.

En la patogenia, expone las experiencias de Brown-Séquard, Hitzig, Kussmaul, Nothnagel, etc. Indica el papel de la región motora en la fase clónica, pero advirtiendo que el inicio puede ocurrir en cualquier zona cerebral: «Es lo cierto que una lesión o una excitación exagerada de la corteza da lugar a convulsiones epilépticas. La epilepsia sintomática se halla en el primer caso y para ello no es preciso que el deterioro focal del tejido nervioso recaiga en la llamada zona rolándica o motora sino en cualquier otro sitio».²⁹⁰ Indica también el menor umbral convulsivógeno de la zona motora, según los trabajos de Munk; la vasoconstricción inicial; los movimientos conjugados de cabeza y ojos en la excitación del área 6 y los movimientos oculares y aura óptica en la excitación del área 19.

No se muestra partidario de las teorías humorales: «En estos últimos tiempos, conforme se han ido conociendo, se ha dado importancia creciente a los mecanismos humorales. Tales cosas se han escrito que cualquiera hubiera creído que por ese lado se iban a encontrar las verdaderas causas del ataque de convulsiones, olvidando o poco menos, todo lo que antecede. Contra esta manera de ver nos hemos opuesto en todos nuestros escritos y en discusiones académicas, y nuestra reprobación ha ido dirigida, primeramente, sobre todo lo que se ha dicho a propósito de las secreciones internas»²⁹¹. Describe —también— los efectos de la hiperventilación y la influencia de las suprarrenales, glándulas sexuales, tiroides, hipófisis y paratiroides, según experiencias publicadas por otros autores.

Como causas etiológicas cita a la herencia, alcohol, sífilis («Sin embargo, debemos confesar que, aún siendo muy grande la importancia de la sífilis, se ha exagerado. Hay en la Medicina una tendencia que nunca se combatirá lo bastante, conforme a la que todo lo que de otra manera no se explica tiende a atribuirse a la sífilis»)²⁹², la tuberculosis, los traumas de parto, el parto prolongado y la asfixia. Las encefalitis, traumatismos, intoxicación por plomo, diabetes, gota, tabaco, uremia, arteriosclerosis cerebral y lesiones cardíacas con alteraciones del ritmo.

Para el diagnóstico, valora las mordeduras de la lengua y cicatrices por caídas, la presentación nocturna de las crisis, la duración de las mismas (señalando que los familiares suelen incluir el coma postcrítico en el cómputo total del tiempo de duración del ataque) y la imposibilidad de oír, al contrario de la crisis histérica. En el diagnóstico diferencial con el histerismo, subraya que el epiléptico, durando mucho menos tiempo la crisis, queda más cansado, que presenta cianosis y arreflexia pupilar en el gran mal (pero no en otras crisis) así como el signo de Babinski. Se opone al concepto de histeroepilepsia: «Al llegar a este punto queremos protestar contra que aún se siga hablando de la histeroepilepsia, concepto que disfrutó de gran fortuna hace años, pero que no tiene razón de ser, y que sólo puede, en la práctica, conducir a errores. Contra la idea de que exista una enfermedad especial intermedia entre la epilepsia y la histeria se han levantado las mayores autoridades como E. Redlich, Kraepelin, Binswanger, Bleuler, etc... No es raro que en epilépticos se presenten manifestaciones histeriformes, pero éstas son algo añadido y que en lo fundamental no modifican la enfermedad. Manifestaciones histeriformes accesorias y episódicas se ven también en gran número de enfer-

medades, como la psicosis maníaco-depresiva y la esquizofrenia, pero no por ello se ha supuesto que aquí se trate de algo especial».²⁹³

Describe el concepto de epilepsia emotiva de Bratz o reacción epiléptica de Bonhoeffer: ataques ante causas exteriores principalmente de orden psíquico. Cita la opinión de Oppenheim quien piensa que son psicópatas y sus crisis no serían típicamente comiciales.

Describe la epilepsia extrapiramidal o estriada, la picnolepsia (a la que no considera como expresión comicial) y el síndrome de Gelinau, al que también separa de la epilepsia.

Define la poriomanía, piromanía y dipsomanía, en su relación con el mal comicial.

Respecto al tratamiento, aconseja: vida ordenada, trabajo no peligroso, abstención de alcohol y régimen dietético sin comidas fuertes ni especias. Inedia en los casos graves y dieta cetógena. Como fármacos, luminal, bromuros, y boro. En algún caso recomendó el tratamiento quirúrgico.

2.º) *Polineuritis, neuritis y neuralgias*

Los síndromes polineuríticos, especialmente los de etiología tóxica, fueron analizados en repetidas ocasiones por Villaverde, tanto en comunicaciones como en publicaciones.

Entre las primeras, cabe citar el notable estudio neurológico que realizó a un caso de polineuritis salvarsánica que presentó en la Sesión del 30 de mayo de 1935 de la clínica psiquiátrica de los doctores Huertas y Villaverde del Hospital Provincial de Madrid²⁹⁴ refiriendo un caso raro que presentaba «adormecimiento de brazos y piernas y parálisis periférica del facial de ambos lados, con contracciones tónicas de escasa duración en el territorio del facial inferior» y recuperación a los cuatro meses.

Entre las segundas, publicó acerca de la relación entre la polineuritis y la enfermedad de Dupuytrien,²⁹⁵ describiendo esta afección y lo misterioso de su etiología. Presenta tres casos curiosos, uno de ellos postraumático (seguido de herida en región hipoténar), otro después de un traumatismo en el codo con dolor de distribución cubital y otro en un calderero que exponía al calor sus antebrazos. En todos, al poco tiempo el trastorno pasa a la otra mano, hasta entonces sana. Aprovecha estos casos, y otro en un alcohólico, para estudiar las posibles etiologías.

Respecto a las neuritis, se ocupó de las gripales, las alcohólicas y las tóxicas por la quinina.

De las primeras, estudia varios casos, algunos de ellos polineuríticos, en 1920,²⁹⁶ destacando las exploraciones neurológicas, muy completas, un fragmento de las cuales reproducimos: «Pupilas y fondo de ojo normales. No hay ataxia ni temblor en las extremidades superiores. Los troncos nerviosos de éstas no están dolorosos a la presión. Anda con muchísima dificultad apoyado en dos bastones. Se apoya bastante mejor en la pierna izquierda. No puede explorarse si hay o no Romberg; pero los trastornos del equilibrio y de la marcha no aumentan con los ojos cerrados.

Lasegue en los dos lados. Zona de hiperalgesia extendida por la parte posterior de ambos muslos y piernas, más acentuada en el lado derecho. Hay disminución de fuerza en los músculos de ambas piernas.

El análisis de L.C.R. demostró que éste era completamente normal.»

Sobre las segundas, realizó un estudio de las alteraciones de la papila óptica en las neuritis ópticas retrobulbares de los alcohólicos, lo que comunicó en sesión del Hospital Provincial de 4 de abril de 1935,²⁹⁷ en el que no describe signos originales.

Más completo e interesante es su trabajo *Contribución al conocimiento de los fenómenos neuríticos producidos por la quinina*²⁹⁸ en el que destaca en primer lugar el frecuente uso de quinina por su utilidad en múltiples afecciones, indicando que puede afectar al óptico incluso a dosis bajas, pasando a presentar un caso de paresia radial a raíz de inyección de quinina en brazo, en el trayecto del radial, con dolor vivo en el momento de la inyección. Estudia la acción de otros tóxicos —como el alcohol— sobre los axones en función de las experiencias de otros autores.

Indica que —en estos casos— el pronóstico es bueno ya que al no haber sección anatómica —aunque haya degeneración—, la regeneración es buena.

Respecto a las neuralgias, realizó también algunas comunicaciones²⁹⁹ que más bien se pueden incluir en la divulgación que en la investigación clínica.

3.º) Síndromes medulares

Entre los síndromes medulares que fueron objeto de estudio por Villaverde, destacan: la siringomielia, la poliomiелitis, la mielosis funicular, la miелitis aguda y algunos síndromes dolorosos.

a) *Siringomyelia*. Hacia 1921, publicó un extenso y documentado trabajo³⁰⁰ en el que fija los conceptos de siringomielia, hidromielia y gliomatosis periependimaria. Presenta tres casos clínicos, y estudia la anatomía patológica. Respecto a la etiología valora los procesos inflamatorios.

b) *Poliomyelitis*. Con ocasión de una pequeña epidemia que hubo en Madrid, dice Villaverde que le animaron para realizar un trabajo sobre el tema, al que titula *En torno a la epidemia de poliomyelitis*³⁰¹ en el que indica la existencia y frecuencia de las formas clínicas abortivas, exponiendo la clasificación de Wickman. Estudia la anatomía patológica, señalando que afecta a toda la sustancia gris de la médula y no sólo a las astas anteriores, basándose en observaciones bibliográficas y en dos casos personales que describe –muy sugestivos de padecer una poliomyelitis– que presentaban ataxia, que explica por lesión de la columna de Clarke, que da origen a los haces cerebelosos directos. Presenta también casos con trastornos respiratorios y afectación medular cervical.

Respecto al tratamiento, se muestra muy escéptico, tanto en lo que se refiere al suero de convaleciente, por considerar que esta terapéutica tendría que ser en las fases precoces de la enfermedad, de diagnóstico difícilísimo, como a otros tratamientos incluido el radioterápico.

c) *Mielosis*. En el Hospital Provincial, sesión del 12 de marzo de 1936, presentó algunos casos de mielosis funicular, estudiando –además del síndrome medular– la sintomatología neuropsíquica o mental que en ocasiones acompaña a esta enfermedad.³⁰²

d) *Mielitis*. Tres casos de mielitis diseminada aguda presentó Villaverde ante la Academia Nacional, el 27 de febrero de 1932,³⁰³ en los que discute su posible relación con la esclerosis múltiple. Aunque –como es habitual en él– estudia profundamente a los enfermos, sobre esta afección no presenta datos innovadores.

e) Respecto al tratamiento de algunos síndromes dolorosos, Villaverde defendió y divulgó la cordotomía³⁰⁴ exponiendo en la Academia Médico-Quirúrgica (sesión del 25-2-35) la estadística que acababa de presentar Föerster en el reciente Congreso de Neurología.

4.º) *Lúes nerviosa*.

Hemos señalado anteriormente algunas de las polémicas habidas entre Villaverde y Lafora y cómo dos de ellas versaron sobre temas de neuro-lúes: la patogenia de la ataxia tabética y la terapéutica intrarra-

quídea de la lúes nerviosa. No hemos de volver sobre estos trabajos de Villaverde –cuyos argumentos e ideas sobre ambos temas quedaron expuestos– pero sí nos parece oportuno mencionar que el tiempo ha dado la razón a Villaverde en dos ideas que mantuvo en múltiples ocasiones frente a lo establecido en la época, la escasa utilidad del tratamiento intrarraquídeo en la neurolúes, y la excesiva frecuencia con que procesos neurológicos de etiología oscura eran catalogados como sífilis nerviosa a veces con estudios neurológicos mediocres. En este punto, tiene Villaverde –a mi juicio–, todo el mérito que corresponde al precursor y al pionero,^{305 306}

También sobre este tema realizó algunas comunicaciones: *Las lesiones de la tabes y su importancia en la génesis de los síntomas*, y *El síntoma de Argyll-Robertson y su importancia en la clínica* en sesiones del Hospital Provincial de 30 de abril y 14 de mayo de 1936.

En la primera,³⁰⁷ explica cómo gracias el método de PAL, se ha sabido que las fibras medulares que degeneran en la tabes son las que proceden de las raíces, respetando la zona conucomisural. En la segunda³⁰⁸ describe el síndrome completo y lo deslinda de la pupilotonía de Adie, publicada tres o cuatro años antes (1932), haciendo también una descripción del arco reflejo pupilar y citando las posteriormente famosas experiencias de Ranson

5.º) *Apoplejía cerebral*

Estudió en un primer trabajo la etiología de esta afección y en un segundo, –publicado en dos partes– la patogenia y tratamiento.

Titula al primero *Consideraciones sobre las causas del ataque de apoplejía*,³⁰⁹ comenzando con el acierto de fijar el concepto de apoplejía como entidad clínica y no anatomopatológica, pues si bien muchas veces es debido a hemorragia cerebral no lo es siempre, por lo que los términos no pueden ser sinónimos. Demuestra este aserto apoyándose en la estadística de Carl Böhne de Hamburgo, quien estudió 1.000 necropsias, de las que 78 habían sufrido un ataque apoplético. Se encontraron 57 infartos, siete hemorragias intraparenquimatosas, tres tumores cerebrales, tres hemorragias meningeas, y dos meningitis. Valora el factor arteriosclerosis y la posible presencia de aneurismas, citando información de primera mano de Aschoff, Cruveilhier, Herzog, Virchhoff, Charcot, Bouchard, etc. e incluyendo también la hipertensión arterial entre las causas.

Cita trabajos que demuestran que la arteriosclerosis puede co-

menzar en jóvenes, y que para que exista hemorragia no es suficiente la hipertensión arterial aislada, sino que se precisa alteración de la pared arterial; así como las investigaciones de Kurt Wolff y Jores sobre el proceso arterioscleroso.

Indica que la sangre puede invadir los ventrículos, y producir «el síndrome descrito por Foerster: Hipertermia, convulsiones tónicas con extensión extrema con rotación interna y aducción de los brazos, etc...». ³¹⁰

Estudia después la apoplejía por infartos: embolia y trombosis, citando a Schwartz y Goldstein. Cree –basado en alguna observación anatomoclínica personal–, que las arterias cerebrales se comportan como terminales.

En el segundo trabajo sobre este tema, ^{311 312} indica que la hemorragia no es necesariamente enfermedad de viejos, sino que puede aparecer en jóvenes, valorando la existencia de aneurismas cerebrales, que pueden romperse por tensión arterial exagerada. También valora la embolia, citando las experiencias de Roger, quien embolizó carótidas y observó hipertensión arterial reactiva. Cita también a su maestro: «En la apoplejía hay isquemia cerebral. Esto lo sostuvo con gran talento, hace muchos años, mi maestro Von Monakoff».

Respecto al tratamiento, se muestra escéptico de modo general y hacia la acetilcolina –usado como espasmolítico– de modo especial.

6.º) Otros síndromes

Varias fueron las afecciones que de manera ocasional o esporádica, fueron estudiadas por Villaverde, desde el punto de vista clínico. Citaremos sus trabajos sobre el síndrome talámico, lesiones del plexo braquial, narcolepsia y aracnoiditis.

a) *Síndrome talámico*. Dos publicaciones acreditan el interés de Villaverde por este síndrome; en la primera, publicada en 1929, ³¹³ señala las conexiones anatómicas del tálamo con la corteza calcarina, parietal y cinta de Reil. Desde el punto de vista histórico, afirma que el síndrome fue descrito por vez primera por Edinger, antes que Dejerine y Roussy, y lo describe como «una hemiplejía pasajera, hemianestesia para las diversas modalidades de la sensibilidad, hemiataxia y dolores espontáneos de gran intensidad» Describe dos casos «en los que los síntomas del síndrome talámico sólo se apreciaban en la extremidad superior». Se trataba de cuadros ictales.

En la segunda, ³¹⁴ presenta un caso con hemiparesia, hemianestesia

y movimientos involuntarios así como hiperestesia y disestesias en el lado afecto.

b) *Plexo braquial*. Estudio muy completo, exhaustivo, el que realizó a propósito de un caso de lesión del plexo braquial,³¹⁵ revelando su sólida cultura neurológica y sus conocimientos semiológicos. En lo terapéutico, es partidario de la intervención quirúrgica reparadora precoz.

c) *Narcolepsia*. Describió la historia y la sintomatología de los síndromes basados en el síntoma narcolepsia (picnolepsia, síndrome de Gélineau) señalando que –junto con los trabajos de Lafora– eran los únicos que sobre esta afección se habían publicado en este país. Sobre el mismo tema presentó dos enfermos en la Academia Nacional de Medicina en sesión de 14-XI-31.³¹⁶

d) *Aracnoiditis*. Con el título de *Innovaciones recientes en Medicina* publica la Editorial Morata un libro,³¹⁷ cuyo capítulo relativo a la neurología es redactado por Villaverde, con el mismo título de *Innovaciones recientes en Neurología*. En este capítulo se ocupa de las aracnoiditis circunscritas. Resulta curioso que al hablar de las etiologías, no cita la meningitis. Describe las alteraciones de la maniobra de Queckenstedt, y el valor de la mielografía, aunque tampoco menciona las imágenes mielográficas habituales.

Expone la anatomía patológica, según la bibliografía alemana, sin presentar, en esta ocasión casos personales.

Obra anatomopatológica

Al igual que en el caso de Lafora, enumeraré los títulos de la obra histológica de Villaverde, que versó fundamentalmente sobre el cuerpo calloso y los efectos de las sales de plomo.

a) *Cuerpo Calloso*:

- *Contribución al conocimiento del desarrollo fetal del cuerpo calloso*. Academia Española de Biología, 1918.
- *La mielinización del cuerpo calloso*. Academia Española de Biología, 1918.
- *Estudios anatómicoexperimentales sobre el curso y terminación de las fibras callosas*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XIX.

- *Sobre el origen de las fibras callosas en el área gigantopyramidalis.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XIX.
- *Sur la terminaison des fibres calleuses dans l'écorce cérébrale.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXVII.
- *Quelque détails sur la manière que les fibres calleuses se distribuent dans l'écorce cérébrale.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XX-VII.

b) *Intoxicación por plomo:*

- *Lésions des nerfs dans l'intoxication saturnine expérimentale.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXIV. 1926.
- *Les resultats tardifs de l'intoxication saturnine expérimentale des nerfs.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXIV.
- *Les lésions des plaques motrices dans l'intoxication par le plomb.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXIV. 1926.
- *Lesions du cervelet dans l'intoxication par le plomb.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXV 1927.
- *Phenomenes de dégenerescence et de regenerescence dans les nerfs intoxiqués par le plomb.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXV.
- *Lésions du cerveau causées par les sels de plomb.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXVI.
- *Sur l'évolution des lésions des neurones corticaux dans l'intoxication expérimentale par le plomb.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXVI.
- *L'évolution des lésions de l'écorce cérébrale dans l'intoxication expérimentale par le plomb.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXVI.
- *Les lésions de la fibre musculaire dans l'intoxication saturnine expérimentale.* Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXVII.

- *Les effets tardifs de l'action des sels de plomb sur le cervelet*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXVIII.
- *Les lésions initiales de l'écorce cérébrale dans l'intoxication expérimentale par le plomb*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXVIII.
- *Alterations initiales de la microglie dans l'intoxication expérimentale par le plomb*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXVIII.

c) *Otros:*

- *Les lésions cerebelleuses dans un cas d'idiotie*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXIII, 1925.
- *Les lésions cérébelleuses dans l'idiotie mongoloïde avec quelques considerations sur la pathologie du cervelet*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid T. XXVII. 1931.
- *Pathohistologie der Neuritis und Polyneuritis*. Monografía destinada a constituir un capítulo en el Handbuch der Neurologie de O. Bumke y O. Förster.
- *Sur l'avenir des parties constitutives de la fibre nerveuse dans l'intoxication expérimentale par le plomb*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XXVI.

Sanchís Banús

De origen levantino, Sanchís Banús «era el arquetipo selecto de la generación de la posguerra: cabeza clara, información universal, sentimiento de devoción natural a la ciencia y, a la vez, hombre de lucha, prendido en la inquietud del ambiente», como de él dice Maraño³¹⁸, o como dirán sus colegas de los *Anales de Medicina Interna*³¹⁹ «psiquiatra distinguidísimo, organizador y reformador infatigable de los estudios y servicios sociales de esta especialidad en España: meritísimo publicista...».

Sanchís Banús fue –efectivamente– más psiquiatra que neurólogo, pero –como veremos– publicó también trabajos de neurología clínica, desarrolló una intensa actividad en este campo, y formó a varios discípulos en la disciplina neuropsiquiátrica.

Sanchís Banús comienza su actividad neurológica en Madrid hacia 1917, e ingresa en el Hospital Provincial en 1920, donde dirige la clínica de Neuropsiquiatría, sección de mujeres.³²⁰ Notable como publicista (fue director de la revista *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*) desarrolló también gran actividad profesional y divulgadora, traduciendo y analizando trabajos de revistas extranjeras, que extractaba y publicaba en revistas españolas, especialmente la que dirigía él mismo³²¹ donde recensa los trabajos de neuropsiquiatría publicados en alemán, inglés, francés e italiano.

Su sólida formación neurohistológica, como es norma en la escuela de Madrid, la adquirió con Río-Hortega, y se refleja en sus trabajos, que con frecuencia presentan un matiz anátomo-clínico también característico del grupo madrileño.

Sanchís Banús fue hombre muy popular, no sólo en el ambiente neuropsiquiátrico (a los 33 años fue nombrado vicepresidente de la recién constituida Asociación Española de Neuropsiquiatría, en junio 1926)³²² sino también en el profesional (fue presidente del Colegio de Médicos de Madrid)³²³ y en el político, ya que fue líder del partido socialista, llegando a ser diputado en las Cortes, representando a este partido.³²⁴ Sobre este punto, Marañón indica que: «Fue socialista, y se entregó a la disciplina férrea del gran partido obrero, sin reservas»³²⁵ y el mismo Sanchís Banús decía: «Ahora deseamos con fervor que el Destino nos permita servir eficazmente esta causa, tres veces santa, del socialismo hasta el momento de su victoria definitiva».³²⁶

Su muerte, acaecida prematuramente, a los 39 años, en 1932, fue muy sentida, dedicando sesiones y manifestaciones a su memoria el Ayuntamiento y la Diputación de Madrid, la prensa y las Cortes.³²⁷ La Academia Médico-Quirúrgica de Guipúzcoa le dedicó la sesión del 21 de enero de 1933, leyéndose —entre otras— la aportación de don Teófilo Hernando *La somnolencia de los tumores del mediastino*, que no pudo ser leída por su autor que se encontraba a la sazón enfermo,³²⁸ y la Asociación Española de Neurología y Psiquiatría le dedicó la del 25 de octubre de 1932, leyéndose igualmente varias comunicaciones.³²⁹ En una de estas sesiones, dice Marañón: «En España ha habido una generación histórica, de los años de la preguerra enlazada aunque no hija, con la tan llevada y traída del 98... Ha muerto a los 39 años, como Achúcarro; como él psiquiatra insigne del Hospital General de Madrid; como él todo claridad en la mente, y generosidad en la conducta; como él, profundamente español, e ilimitadamente universal».³³⁰

Sanchís Banús fue un hombre de gran oratoria, al que según algunos testigos presenciales de la época «daba gusto oírle hablar», por lo que no es extraño que a pesar de su muerte prematura, crease una escuela, de las mejores del país, tanto en cantidad como en calidad. Discípulos del maestro de neuropsiquiatría del Hospital Provincial, que se formaron fundamentalmente entre 1920 y 1932, fueron Alberca, Aldama, Escardó, Nieto, Bueno, Abaunza, Guija, Varela de Seijas, Borreguero, Llopis, Olivares, Troyano y Bustamante entre otros. En el terreno de la docencia escrita, publicó una magnífica monografía acerca de la exploración neurológica, muy utilizada por alumnos y postgraduados. Su tesis doctoral versó sobre *Los niños golfos*, también muy celebrada por el tribunal y calificada con la máxima puntuación.³³¹⁻³³⁴

Obra

Las publicaciones sobre temas de neurología clínica que hemos estudiado, pueden clasificarse en los siguientes apartados:

1.º) *Semiología:*

En la monografía a que hace referencia Marañón, basada en un capítulo de su libro³³⁵, describe Sanchís Banús la semiología de los reflejos, la marcha, síndrome piramidal, hemiplejias, síndromes de tronco y medulares, y especialmente la de las afasias, acerca de la cual publica otro artículo³³⁶ que es el que abre la revista por él fundada, en el que estudia la historia de las teorías localizacionistas, las ideas de Pierre Marie, la clasificación de Head y los esquemas de Grasset, junto con aportaciones anatomoclínicas de otros autores y la descripción de los tipos de afasia.

Investigó también acerca del reflejo palmomentoniano³³⁷ del que sus descubridores (Marinesco y Radovici) decían que era positivo en las lesiones del fascículo piramidal. Sanchís lo explora sistemáticamente y concluye que es excepcional hallarlo en las lesiones piramidales presumiblemente puras (1 de 29). Más frecuente en las bilaterales (7 de 11) y casi constante en los síndromes extrapiramidales (96 %). Termina Sanchís: «Debo, pues, concluir, sobre la base de mi experiencia clínica, que el reflejo palmomentoniano no es un signo de la serie piramidal, sino de la extrapiramidal».³³⁸

2.^o) *Punción lumbar y L.C.R.*

Sendos trabajos publicó Sanchís sobre estos dos temas. El primero, *Dos casos de accidentes mortales después de la punción lumbar en enfermos sin tumor cerebral*³³⁹ lo inicia diciendo sensatamente que –aunque se hacen muchas punciones lumbares en su Servicio– descartan siempre una hipertensión intracraneal en el primer examen del enfermo, previamente a toda punción lumbar. A pesar de esta sana política, presenta dos casos –perfectamente estudiados desde el punto de vista neurológico más exigente–, de enfermos que fallecen algunos días después de la punción, con cuadros compatibles con procesos orgánicos que pudieran crear hipertensión intracraneal. Sin embargo, el hecho de que transcurriesen días desde la punción al óbito, quita valor a la relación causa-efecto que expone Sanchís. La presentación de los casos y las exploraciones neurológicas descritas son excelentes y completas.

Respecto al líquido cefalorraquídeo, describió una nueva reacción del mismo,³⁴⁰ ya que opina que la reacción del oro coloidal de Lange presenta ciertas dificultades de orden técnico, por lo que decide sustituir el oro coloidal por sangre desfibrinada, preferentemente de caballo. Estudia la dispersión coloidal, compara la sedimentación del oro coloidal a la de la sangre desfibrinada (velocidad de sedimentación) y propone la sustitución de ésta por aquél. Comienza a llevarlo a la práctica en este momento por lo que no presenta resultados, sino la idea y los fundamentos apoyados en diecisiete citas bibliográficas.

3.^o) *Encefalitis y mielitis.*

Un artículo en la revista que dirigía y dos capítulos en sendos libros, fueron las publicaciones de Sanchís Banús que hemos recogido sobre este tema.

El artículo lleva por título *Sobre las encefalomyelitis agudas diseminadas* y como subtítulo «Con motivo de un caso de neuróptico-mielitis aguda (?)»^{341 342} en el que presenta un caso –perfectamente estudiado– de ceguera y paraplejía a los pocos días, tras un cuadro febril. La exploración neurológica es muy completa, y ya adopta en ella los conceptos de sensibilidad protopática y epicrítica. Se refiere en varias ocasiones a la bibliografía de la neuropticomielitis, a la historia del proceso y a la histopatología. Discute si se trata de una entidad nosológica o de un síndrome que pudiera aparecer en otras encefalomyelitis (letárgica) o incluso una forma aguda de la esclerosis

múltiple (muestra estar al día en la refutación por Weil de las experiencias de Chevassut). Separa la afección de la encefalitis de Schilder y de la neurolues. La bibliografía consultada asciende a 25 trabajos previos, en los idiomas cultos.

Los capítulos sobre encefalitis fueron publicados en el libro de Hernando y Maraño, uno de ellos³⁴³ y en el titulado *Innovaciones recientes en Medicina*³⁴⁴ el otro. En este último, y en la parte consagrada a los procesos en neurología estudia Sanchis Banús las infecciones no supuradas del sistema nervioso (especialmente la encefalitis herpética) exponiendo el concepto y atribuyéndoles etiología vírica. Estudia también la encefalitis postvaccinal y la enfermedad de Schilder. En otras secciones del libro, se refiere a problemas circulatorios cerebrales, malformaciones (status dysrâphicus) y al concepto de «repercusividad» de André Thomas, aunque con menos amplitud que a las encefalitis.

4.º) *Epilepsia*

El concepto de Sanchis Banús del mal de San Pablo queda expuesto en su trabajo *Etiología y patogenia de la epilepsia*,³⁴⁵ en el que expone la dualidad de interpretación patogénica, por una parte el concepto endógeno-hereditario de tipo psicótico, como suele enfocarse en psiquiatría, y por otra parte el de expresión aguda de lesión cerebral focal orgánica, como lo suele interpretar el neurólogo. ¿Endógeno o exógeno?, se pregunta Sanchis Banús. Para una correcta interpretación, esta pregunta debería ser sustituida, en su opinión, por la de ¿cuánto de exógeno y cuanto de endógeno en cada caso?

Tras exponer opiniones de neuropsiquiatras de prestigio, muestra su casuística, de 293 epilépticos sobre un total de 2.000 historias clínicas, en los que encontró herencia directa en 21 casos. Estudia también la incidencia de los caracteres que se relacionan con la epilepsia, encontrando que existe incontinencia nocturna de orina en el 29 % de las familias, religiosidad beata en el 24 % e irritabilidad en el 36 %. Describe el carácter y el fenotipo epiléptico, enumerando a continuación las causas exógenas que pueden causar crisis convulsivas, en una larga y bien pensada lista.

En otro trabajo³⁴⁶ describe y analiza tres casos de epilepsia ocurridos al inicio de la menopausia. Intenta individualizar un síndrome de «epilepsia climatérica» que estaría formado por «antecedentes neuropáticos y tara degenerativa; trastornos del carácter y de la afecti-

vidad anteriores y coincidencia de la primera crisis con la presentación del síndrome climatérico».³⁴⁷ Documenta su estudio con 42 citas bibliográficas.

5.º) Otros síndromes

Se ocupó Sanchís también de las enfermedades heredodegenerativas, comunicando a la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid en 1922 y publicando en el año siguiente,³⁴⁸ acerca de la existencia de un foco de corea de Huntington en un pueblo de la provincia de Soria, y un caso de esta enfermedad procedente del mencionado foco, que fue estudiado en la necropsia y desde el punto de vista histológico por del Río Hortega, encontrando alteraciones en el lenticular, neuronales y gliales.

En cuanto a las afecciones vasculares, publicó *Síndromes de la obstrucción de las arterias cerebrales*³⁴⁹ donde describe el esquema de los trabajos de Foix, diciendo: «Desde hace tres años, me he esforzado reiteradamente en lograr la debida difusión de estos conocimientos (conferencias en Salamanca y Bilbao; lecciones de la cátedra Madina-veitia)».³⁵⁰ Indica que las arterias cerebrales «no son arterias de circunvolución, sino de surco» y que «no son terminales». Describe asimismo las zonas de irrigación de las principales arterias cerebrales, y los síndromes de obstrucción de la cerebral anterior.

No nos detendremos en los trabajos que –con la colaboración de Alberca y Aldama– publicó acerca de la triquinosis, por haber sido comentados en las polémicas de Lafora^{351 352} pero sí puede ser útil recoger aquí algunos de los comentarios que Sanchís expone a propósito de su asistencia a la 3.ª Reunión Neurológica Internacional Anual, que tuvo lugar en 1932, en el artículo *Impresiones de un viaje científico a París*.³⁵³

Dice Sanchís: «La sesión de apertura se celebró en el Anfiteatro de la Facultad de Medicina, y en ella los Congresistas que ostentaban alguna representación oficial testimoniaron su adhesión al espíritu de la Asamblea que tenía lugar; los congresistas españoles hubimos de lamentar la desagradable actitud adoptada por los llamados representantes de Cataluña».³⁵⁴

«El que esto escribe tuvo ocasión de subrayar la importancia de los trabajos de del Río-Hortega, cuya demostración experimental acerca del origen de las células en bastoncillo resuelve de un modo completamente satisfactorio un problema del cual Lhermitte, en su

ponencia, afirmaba que todavía no tenía solución». «No hubo ni siquiera una mención para el tratamiento intrarraquídeo, que no merece, a nuestro juicio, el piadoso silencio en que fue envuelto».³⁵⁵

Asistieron a este Congreso, en representación española, Rodríguez Arias, López Albo y Sanchís Banús.

Enrique Fernández Sanz

En los comienzos del siglo XX, destacó en Madrid, como neuropsiquiatra y publicista Enrique Fernández Sanz, quien además de la neuropsiquiatría, cultivó en sus años jóvenes la medicina interna y en los ya próximos a la senectud la historia de la medicina.

Fue Fernández Sanz un buen estudiante, obteniendo calificaciones altas y el premio Fourquet, durante la carrera. En 1904 obtiene la plaza de médico de la Beneficencia Municipal de Madrid, por oposición y en Marzo de 1905 la de médico de la Beneficencia General, por el mismo procedimiento. También en estos años e igualmente por oposición, obtiene el cargo de médico director habilitado en aguas minerales. En el curso de 1906-1907 le es concedido el premio «Alvarez Alcalá» de la Academia Nacional de Medicina, y unos años más tarde en febrero de 1912, tras brillante oposición es nombrado profesor auxiliar de la Facultad de Medicina.³⁵⁶

Durante estos primeros años del siglo que comenzaba, realiza también Fernández Sanz su formación específicamente neuropsiquiátrica, que comienza en el otoño de 1903 con una visita al servicio del doctor Babinski, en el Hospital de la Pitié. Las visitas a este servicio habrían de repetirse en el invierno de 1909, otoño-invierno de 1910 y verano de 1912. Durante estos mismos años y en visitas de algunas semanas o meses de duración, toma Fernández Sanz contacto con las clínicas de Dejerine (Salpêtrière), Ballet y Magnan (Asilo Clínico de Enfermedades Mentales de Santa Ana, París), Ziehen (Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Berlín), Goldscheider (Rudolf Virchow Krankenhaus, Berlín), Schlessinger (Allgemeine Krankenhaus, Viena) y el manicomio de Steinhoff.³⁵⁷

Fue Fernández Sanz un gran publicista, dando a la stampa 360 trabajos y cinco pequeños libros, si bien —como era habitual en todo el grupo madrileño—, una gran parte de ellos pertenecen a la psiquiatría. Quizá esta afición a publicar, fue la que le movió a fundar, junto con T. Gaztelu, y también a dirigir, la revista *Archivos Españoles de Neurología, Psiquiatría y Fisioterapia*,³⁵⁸ que vio la luz en Madrid durante el corto período de los años 1910 y 1911. También publicó 5

pequeños libros, de los cuales uno está dedicado a la medicina interna (*Enfermedades de las glándulas de secrección Interna*, Madrid 1912), dos a la psiquiatría (*Histerismo: Teoría y Clínica*, Madrid 1914; *Las psiconeurosis*, Madrid 1921) y dos a la neurología clínica (*La llamada encefalitis letárgica*, Madrid 1920; *Diagnóstico de las enfermedades de la médula*, Madrid 1919),³⁵⁹ además del extraordinario número de artículos publicados en las revistas en su mayoría dedicados a la psiquiatría y a la neuropsiquiatría, pero también en número no despreciable a la neurología clínica. Algunos de estos últimos son los que clasificaremos y comentaremos en el capítulo dedicado a la obra del ilustre neuropsiquiatra madrileño.

Fue Fernández Sanz hombre conocido y estimado en el ambiente médico madrileño de primeros de siglo, especialmente en cuanto se relacionaba con la neuropsiquiatría. Desde el punto de vista académico y honorífico, ocupó cargos relevantes como miembro numerario de la Academia Nacional de Medicina desde 1918, presidente de la Academia Médico-Quirúrgica Española en 1915, siendo reelegido en 1916; médico consultor del Manicomio Nacional de Leganés en 1919; jefe facultativo del mismo nosocomio en 1925 y director de la mencionada institución en 1928; vicepresidente del Consejo Superior Psiquiátrico en 1931; presidente de la Liga Española de Higiene Mental en 1932 y jefe del servicio psiquiátrico municipal de 1924 a 1925. También ocupó el cargo de secretario general del Colegio de Médicos de Madrid durante los años 1915 y 1916.³⁶⁰

Obra

Hemos clasificado la obra neurológica de Fernández Sanz en los siguientes apartados:

1.º) *Enfermedades infecciosas*

Se ocupó Enrique Fernández Sanz de la mayor parte de enfermedades infecciosas-inflamatorias que afectan al sistema nervioso y a sus cubiertas. Respecto a la encefalitis, cabe destacar, además del ya mencionado folleto *La llamada encefalitis letárgica*³⁶¹, su trabajo *El pronóstico remoto de la encefalitis epidémica (Letárgica)*, trabajo realizado a los cuatro años de lo que el propio autor denomina «El conocimiento moderno de esta dolencia». En él describe dos etapas clínicas, la aguda y la crónica o de secuelas. Respecto a la mortalidad indica que Sanchís Banús la cifra entre el 25 y el 31 % pero que en su

opinión y en España ha sido algo menor de aproximadamente el 10% y en otra ocasión, sobre el mismo tema, da la cifra más exacta del 17,64 %. Como secuelas describe síndromes hiperquinéticos, hipertónicos y parkinsonianos, insistiendo que debe distinguirse entre la genuina enfermedad de Parkinson y el Parkinsonismo postencefálico.³⁶² Dentro de este mismo capítulo de enfermedades infecciosas, se ocupó de la poliomielitis,³⁶³ de la meningitis³⁶⁴ y de la meningo-radculitis,³⁶⁵ así como de las neuritis por el fosfato de creosota³⁶⁶ y las provocadas por el bacilo tuberculoso.³⁶⁷ No faltan tampoco trabajos acerca de la lúes nerviosa,^{368 369} siendo de destacar un interesante caso de parálisis del motor ocular común con caída total del vello corporal y reacción de Wasserman positiva, muy bien estudiado, especialmente en su semiología ocular, por el neuropsiquiatra madrileño.³⁷⁰

2.º) *Enfermedades de manifestaciones críticas:*

- Epilepsia.
- Histeria.

Fue este uno de los temas predilectos de Enrique Fernández Sanz, quizá expresión de su orientación anfibólica hacia la neurología y la psiquiatría. Publicó, por tanto trabajos exclusivamente psiquiátricos dedicados a las crisis histéricas,³⁷¹ otros de carácter más bien neuropsiquiátrico como el titulado *Concepto y diagnóstico de la histero-epilepsia*³⁷² en el que valora el concepto de histero-epilepsia, según los diversos autores que se han ocupado de este problema y refiere también dos casos personales en los que coincidían y alternaban ataques de tipo epiléptico e histérico. Concluye que el concepto de histero-epilepsia viene definido por esta alternancia de crisis epilépticas junto con otras típicamente histéricas. Más interés tienen desde el punto de vista de la neurología clínica algunos de sus trabajos dedicados a la epilepsia, como el que titula *Contribución clínica a la terapéutica de la epilepsia idiopática*³⁷³ en el que resalta la importancia del mal comicial y la de la observación directa de los enfermos en la edificación y perfeccionamiento de una nosología clínica en relación con la epilepsia. Cita también los tratamientos quirúrgicos y sus resultados, mostrándose partidario en la terapéutica de esta afección de la dieta y los bromuros. Se trata de un trabajo bien documentado, con 106 citas bibliográficas, francesas, inglesas, americanas, alemanas y una de ellas española.

3.º) *Complicaciones neurológicas del reumatismo.*

Las repercusiones del reumatismo crónico sobre el sistema nervioso, constituyeron un tema predilecto de Fernández Sanz. Ya en 1911, publica un trabajo muy interesante, que puede considerarse como de investigación clínica, en el que comienza por exponer las ideas de Tissier, quien cree que el reumatismo crónico constituye una trofoneuropatía, de probable naturaleza meningo-mielítica. Levi, abunda en esta opinión y dice encontrar cuatro casos en que existía signo de Babinski positivo. Fernández Sanz examina por su parte catorce casos, sin encontrar signo de Babinski positivo en ninguno de ellos, por lo que concluye: «Me veo precisado a llegar a la conclusión de que éste (el signo de Babinski) debe ser muy raro en el reumatismo crónico progresivo, y por lo tanto no puede servir de fundamento a una hipótesis patogénica, que para ser admisible ha de tener aplicación a la mayoría de los casos».³⁷⁴ También pueden incluirse entre la investigación clínico-terapéutica, sus ensayos en el tratamiento de la corea menor, que venía tratándose con salvarsan, pero Fernández Sanz no observa mejoría alguna, por lo que abandona el mencionado tratamiento.³⁷⁵ También presentó algunos casos de corea crónica en adultos,³⁷⁶ exponiendo las diferencias entre esta corea mayor y la debida al reumatismo o corea menor.

4.º) *Enfermedades medulares.*

Hemos mencionado ya sobre este tema, el libro publicado por Fernández Sanz y Mesonero Romanos, titulado: *Diagnóstico topográfico de las enfermedades de la médula*. En esta interesante monografía de 110 páginas,³⁷⁷ comienzan los autores señalando la importancia del diagnóstico topográfico para el tratamiento quirúrgico y la posibilidad de realizar este diagnóstico topográfico en el sistema nervioso, especialmente en la médula. Señalan la conveniencia de explicar los síntomas mediante el conocimiento de la anatomía y fisiología de la médula, a lo que dedican el primer capítulo, en el que exponen las vías y haces nerviosos más importantes, los impulsos que vehiculan y el arco reflejo elemental. En el segundo capítulo estudian el examen clínico de los reflejos y su significación, todo ello ilustrado con láminas sobre el modo de explorar los mencionados reflejos a los que clasifica en superficiales, profundos y periósticos. Sigue la exploración de la motilidad y de la marcha, describiendo la atáxica, la cerebelosa, la espasmódica, y el steppage. Indica también la semiología de las sensibilida-

des, superficiales y profundas (cinestesia, barestesia, estereognosia, sensibilidad articular y sensibilidad vibratoria), con expresión de su significación. Termina el capítulo estudiando los trastornos de esfínteres y los genitales. En el tercer capítulo expone los síndromes topográficos medulares, que son agrupados en: Síndrome de las astas anteriores, síndrome de la sustancia gris frontal, síndrome de los cordones posteriores y síndrome de los cordones laterales. Explica las características y etiología de cada uno, especialmente de los cordones posteriores (tabes dorsal), con las pruebas clínicas para realizar los diagnósticos oportunos. En la paraplejia cita dos períodos, el flácido y el espástico, así como un tercero de retracción por atrofia y degeneración del tejido muscular hacia el tejido fibroso, con disminución o abolición de reflejos. Indica, por medio de una tabla la localización medular de los diversos centros de los reflejos así como la constitución de los plexos. Explica el sistema de Chipault, la topografía radicular cutánea, las parálisis plexulares, los síndromes cervical, dorsal, lumbar, sacro y de cono, y el de cola de caballo.

En términos generales, constituye una obra de divulgación científica de alto nivel, clara y que se lee con agrado. Es perfectamente inteligible y está al día. La semiología y su interpretación son —a mi juicio— acertadas. Termina la obra con 17 citas en su mayor parte de autores extranjeros.

Se ocupó también Fernández Sanz de algunas formas medulares de la esclerosis múltiple,³⁷⁸ y de la llamada «enfermedad de Arañón», que como hemos comentado en la primera parte de nuestro estudio, no era otra cosa que el latirismo, ya descrito por varios médicos de distintas localidades castellanas y que producía un cuadro de afectación piramidal en extremidades inferiores preferentemente.³⁷⁴ En este documentado trabajo, Fernández Sanz identifica la que había sido misteriosa enfermedad de Arañón, con la intoxicación por la semilla del «*Latirus sativus*».

5.º) Otros síndromes.

Estudiaremos aquí algunos trabajos de diversa índole, que pudieran servir de ejemplo del polifacetismo del neuropsiquiatra madrileño. Cabe citar el titulado: *Un caso de síndrome tálamo-capsular*, en el que refiere un caso bien estudiado de ictus cerebral de hemisferio derecho con muy probable lesión en cápsula interna y tálamo. Dice textualmente: «La localización del proceso aparece claramente deter-

minada por el conjunto de los síntomas, que en un todo se acomodan a la descripción del síndrome tálamo-capsular. La hemiplejia espasmódica con signos de Babinski y de Oppenheim revela que está interesada la cápsula interna y la hemianestesia superficial y la profunda, las manifestaciones excito-motoras y los fenómenos dolorosos, indican que la lesión afecta también al tálamo óptico».³⁸⁰ Publicó igualmente acerca del alcoholismo *Pseudoparálisis general alcohólica*,³⁸¹ trabajo en el que expone un caso bien estudiado, que deslinda cuidadosamente de la parálisis general progresiva.

Más interés, por cuanto refleja las ideas de Fernández Sanz acerca de la especialidad neurológica y de la psiquiátrica, tiene el trabajo titulado *La instalación de departamentos neuropsiquiátricos en los Hospitales generales*,³⁸² en el que analiza basándose en la experiencia de hospitales de Amsterdam, Altona, Breslau, Mayenza, Stuttgart, Trenton (E.U.) y Detroit, así como trabajos bibliográficos publicados anteriormente, las razones por las que la neuropsiquiatría debe incorporarse a los Hospitales Generales, citando entre otras, la posibilidad de utilizar todos los medios que le brinda a esta especialidad un Hospital General así como la beneficiosa influencia sobre los enfermos psiquiátricos del optimismo que con frecuencia existe en los Hospitales Generales, contrariamente al pesimismo que suele impregnar los Hospitales Psiquiátricos. Ya en esta época y a pesar de su condición jánica neuropsiquiátrica, distingue claramente entre neurología y psiquiatría, diciendo textualmente: «Para enjuiciar exactamente el problema, en sus términos generales, conviene considerar separadamente la neurología y la psiquiatría, pues las condiciones no son las mismas en aquélla y en ésta.

En lo relativo a la neurología no hay discusión posible; sólo ventajas pueden obtener los enfermos de este sector de la medicina de la creación de servicios peculiares, dirigidos por especialistas de probada competencia e incluidos en los Hospitales Generales, en los que pueden disfrutar de todos los recursos de que estos dispongan»«el objeto principal y directo de la cruzada emprendida es, pues, la incorporación o aditamento a los Hospitales Comunes de Departamentos Neurológicos....»...«en España el problema ofrece caracteres especiales... En primer término, la unión de la Neurología y de la Psiquiatría, lo mismo en teoría que sobre todo en la práctica, ha sido aquí siempre muy estrecha; hasta ahora todos los especialistas de estas materias han sido, singularmente en sus comienzos, a la vez neurólogos y mentalistas, y si las vicisitudes de la vida marcan al cabo del

tiempo en algunos de ellos una orientación predominante hacia una de las dos ramas, en general subsiste, en la mayoría de los especialistas españoles, la competencia en ambas, y las asociaciones existentes en Barcelona y en Madrid engloban conjuntamente la neurología y la psiquiatría. No existe, pues, en nuestro país ese exceso de especialización que tratan de corregir en otros. Más bien, la neurología adolece del defecto contrario: de falta de especialización, de no estar bien diferenciada del resto de la patología médica; formando parte de ésta se enseña en las Facultades; casi todos los médicos generales asisten a los enfermos nerviosos, sobre todo a los que sufren de neuropatías orgánicas y en los Hospitales, estos enfermos están diseminados en las salas de Medicina General, cuidados por médicos no especialistas, salvo raras excepciones, como en Madrid y Santander, por ejemplo, lo que es perjudicial desde el punto de vista de la perfección de la técnica diagnóstica y terapéutica.

En España, pues, en lo que respecta a la neurología, la reforma debe consistir en acentuar su diferenciación de la patología médica en general, enseñándola en las Facultades como especialidad autónoma y creando en los Hospitales Generales servicios especiales de neurología, incluidos en aquellos».³⁸³

Raul de Montaud

Raul de Montaud ejerció en Madrid como neurólogo y psiquiatra en el Santorio de San José, de Ciempozuelos y como médico consultor del Sanatorio Psiquiátrico de Santa Agueda. También tuvo gran número de enfermos privados, según refiere Rodríguez Arias, quien refiriéndose a Raúl de Montaud, en alguna ocasión le atribuye la «clientela áurea» madrileña en el campo de la neuropsiquiatría.

En el estudio de su obra, nos referiremos en primer lugar a un libro y un trabajo cuyo tema es la meningitis. En segundo lugar a un artículo sobre las complicaciones de la punción lumbar, y por último a 4 casos clínicos, tres de ellos en relación con la hipertensión intracraneal.

El pequeño libro, titulado *Meningitis*, fue publicado en 1930 y consta de 126 páginas.³⁸⁴ En el comienzo estudia las meningitis linfocitarias benignas, que dice acompañan a infecciones o son causadas por virus o intoxicaciones, y describe los síntomas y las características del líquido cefalorraquídeo en estas afecciones. A continuación se refiere a la meningitis aguda purulenta (leptomeningitis purulenta), divi-

diendo las causas patogénicas en locales (otitis) y generales (enfermedad infecciosa sistémica). Describe fielmente la clínica, las alteraciones del L.C.R., el diagnóstico diferencial y el tratamiento.

Respecto a este último y refiriéndose concretamente a los sueros por inmunización dice el autor; «Sus resultados dejan en la gran mayoría de los casos mucho que desear, mostrándose con gran frecuencia ineficaces totalmente»³⁸⁵ y más tarde: «Las sanguijuelas en mastoides, fricciones con ungüento de tártaro estibiado; la aplicación de cantáridas, sinapismos, etc. deben ser totalmente abandonados por ineficaces, cuando no perjudiciales»³⁸⁶

Como formas clínicas describe la neumocócica, estreptocócica, melitocócica, gripal, sifilítica, serosa y parasitaria, además de la meningocócica y tuberculosa, a las que dedica mayor espacio. De la forma agudísima de la meningocócica, dice: «Suelen observarse en estos casos las manifestaciones petequiales y cutáneas muy intensas, por lo que también han sido llamadas estas formas purpúricas»³⁸⁷ haciendo referencia al cuadro de Waterhouse-Friederischen, según creemos. Para esta forma, aconseja como tratamiento preferente el profiláctico. Respecto a la tuberculosa, utilizó la neuromeningeografía para «airear», por correspondencia con la peritonitis tuberculosa. En términos generales, se trata de un pequeño libro de divulgación médica de excelentes cualidades científicas y docentes.

Sobre el tema de la meningitis, publicó también: *Hipertensión intracraneal por meningitis serosa*.³⁸⁸ definiendo a esta última como «toda hipertensión intracraneal producida por aumento de líquido cefalorraquídeo, hipersecrección debida a lesiones de los plexos coroideos o alteraciones de revestimiento ependimario de los ventrículos». Como causas de la misma cita: infecciones o intoxicaciones atenuadas, traumatismos craneales, lesiones de vecindad como otitis, lesiones nasofaríngeas etc., la tuberculosis y encefalitis. Asocia las «ependimitis ventriculares» a la hidrocefalia, señalando que se aprecia «con bastante frecuencia obliteración de los orificios de comunicación» y describiendo los tabicamientos que presentan. Expone la clínica, indicando la parálisis del VI.º par en estas hipertensiones, y relata dos casos clínicos, (uno de probable pseudotumor cerebral o papilitis). Insiste en la necesidad de realizar la punción lumbar echado o incluso en Trendelenburg, y sacar el líquido muy lentamente. Señala la elevación de la presión del L.C.R. en estos casos y la importancia del examen del fondo de ojo y del análisis del líquido para diferenciar el cuadro del de las meningitis específicas. Como

tratamiento valora mucho la punción lumbar, y si no mejorase con punciones repetidas, craniectomía descompresiva. Estudia también el tratamiento con agentes osmóticos hipertónicos, con cloruro sódico al 30 %.

Apartado especial merece el excelente trabajo de Raúl de Montaud acerca de la *Etiología, patogenia y tratamiento de las complicaciones de la punción lumbar*, donde describe las contraindicaciones de esta exploración —demasiado utilizada en aquella época, como en ésta— y el síndrome de enclavamiento amigdalario. Recomienda la exploración previa del fondo de ojo, y da consejos para su realización. Se trata —en resumen— de un trabajo muy completo, documentado y al día.

De los cuatro casos que agrupamos en este último apartado, tres se refieren a la hipertensión intracraneal. Dos de ellos fueron objeto de una comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica Española en Marzo del 36, en colaboración con Díaz Gómez, presentando dos síndromes de hipertensión intracraneal tratados por punción del cuerpo calloso y evacuación de L.C.R. en grandes cantidades. Como tratamientos de la hipertensión propone las soluciones hipertónicas y se muestra partidario de la punción del tercer ventrículo y enemigo de la descompresiva. Indica también que la punción ventricular ofrece menos peligros que la lumbar.

También en sesión de la Academia Médico-Quirúrgica (8 junio 1933) presentó *Síndrome de hipertensión intracraneal en la poliesclerosis*,^{389 390} refiriendo un caso de hipertensión intracraneal con edema de papila intenso. Al autor le parece peligrosa la punción lumbar y el doctor Díaz Gómez practica punción transcallosa. En la exploración neurológica no apreciaban signos focales ni cerebelosos. Dan radioterapia y el enfermo mejora espectacularmente, pero a los dos años recidiva, volviendo a mejorar con radiaciones (no dicen las características de esta terapéutica). Más tarde desarrolla marcha cerebelosa y temblor y la exploración «la consideramos (su descripción) innecesaria por ser la típica de la afección dicha».³⁹¹ En la discusión de esta comunicación participó Villaverde, haciendo observar la rareza de las esclerosis múltiples que cursen con papiledema, así como la utilidad de la radioterapia sobre todo el neuroeje a bajas dosis (dosis eritema).

Por último, cabe citar también otra comunicación a la misma corporación, (sesión del 11 de mayo de 1936) titulada *Un caso de agenesis cerebelosa*,^{392 393} donde señala la rareza de esta afección de la que sólo describe el cuadro clínico, sin documentar el diagnóstico con estudios radiográficos.

Vallejo Nájera

Antonio Vallejo Nájera nació en Paredes de Nava (Palencia) en las postrimerías del siglo pasado. Su padre, Félix Vallejo, fue militar y envió a estudiar a Antonio a Valladolid, donde cursó la carrera, marchándose después a Austria y Alemania y participando en la guerra del 14-18 como médico militar. Fue un muchacho extraordinariamente trabajador, que asimiló el estilo germánico de vida y de trabajo, así como el tesón y la constancia que caracteriza el estilo científico de estos países.^{394 395}

Durante su estancia en Viena visitó la Clínica de Von Jaureg, por lo que fue, junto con Lafora el iniciador de la malarioterapia y pireto-terapia en nuestro país, publicando en 1929, 170 casos tratados por este método.

A su regreso a España, trabaja en el manicomio de Ciempozuelos, tomando posesión de la plaza de jefe clínico el 12 de octubre de 1928 y de la de Director del mismo el 24-12-1930.³⁹⁶

Como veremos en su obra Vallejo Nájera ejerció mucho más de psiquiatra que de neurólogo. Desde el punto de vista humano fue hombre muy querido por sus discípulos y colaboradores. También ayudó a Lafora, pese a tener ideas políticas diferentes, para recuperar la plaza que don Gonzalo había ganado por oposición antiguamente. Noblemente lo expresa Lafora: «Nunca podremos olvidar la muy cordial ayuda que Antonio Vallejo Nájera nos prestó a la vuelta del exilio en Méjico, para poder recuperar nuestro puesto de profesor-jefe en la clínica psiquiátrica del Hospital Provincial, en contraste con opuestas maniobras de oposición, aparentando ayuda, que algún otro colega desarrolló³⁹⁷. También ayudó a la reedición de *Archivos de Neurobiología*, pese a no haber sido miembro fundador ni del comité de redacción de la misma, si bien el espíritu científico de influencia germánica que aprendió Vallejo Nájera en su juventud, le hacía participar al menos desde el punto de vista científico puro, en la trayectoria de la meritoria revista madrileña.³⁹⁸

Vallejo Nájera enseñó psiquiatría en la Universidad Central, especialidad a la que dedicó la mayor parte de su tiempo. Su obra neurológica –al contrario que la psiquiátrica–, es escasa. Comentaremos dos trabajos y tres casos clínicos que constituyen lo más neurológico de su obra.

En 1933 publica *Preservación, diagnóstico y tratamiento de la parálisis infantil*,³⁹⁹ donde hace un estudio epidemiológico, en general, citando a Laruelle y adoptando sus conclusiones. Insiste en la necesi-

dad de declarar los casos para hacer un estudio epidemiológico español, que dice no existe. Describe correctamente la clínica y en la terapéutica recomienda el suero de convaleciente.

Se trata —en términos generales— de un buen trabajo de recopilación bibliográfica (cita numerosos autores norteamericanos, dado el tema), aunque sin aportación personal.

De similares características es el titulado *El aborto terapéutico en Neuropsiquiatría*,⁴⁰⁰ donde considera la influencia del embarazo en la epilepsia crítica y los estados de mal (para los que indica la extracción de 40 c.c. de líquido cefalorraquídeo e introducción de 20 c.c. de aire, y barbitúricos intratecales), en las lesiones orgánicas centrales, la esclerosis lateral amiotrófica, los tumores cerebrales, las encefalitis, la esclerosis múltiple, la corea gravídica (acerca de la que cita la observación de Siemerling de que el pronóstico es mucho mejor si se trata de una recidiva de una corea juvenil que si es un primer brote), y las polineuritis gravídicas. En general se muestra poco partidario del aborto terapéutico y más de tratar la afección original. El trabajo se apoya en 26 citas bibliográficas.

Respecto a los casos de neurología clínica que estudió, citaremos el presentado en la Academia Médico-Quirúrgica (sesión de 9 de diciembre de 1935), en colaboración con Sainz de los Terreros y Lacalle^{401 402} acerca de lo que denominan «Temblor cerebral agudo», describiendo un niño de nueve meses con temblor «que llegaba a las convulsiones» y que mejora con esencia de trementina, pero que fallece un mes más tarde. Revisan y discuten el temblor cerebral agudo, pero lo curioso es que se quedan sin saber la causa pues no practican necropsia. Visto desde la perspectiva de 40 años más tarde, resulta difícil de comprender que un caso de este tipo se presente en una Academia Nacional, pues parece desprenderse que preferían la discusión a la observación anátomo-clínica, situación por demás frecuente en las Academias Nacionales, antaño y hogaño.

De mucha mayor calidad fueron las presentaciones en las sesiones de la clínica del doctor Marañón, donde realizó en una ocasión una excelente disertación sobre las indicaciones quirúrgicas en la epilepsia traumática,⁴⁰³ a las que examina con juicio tan sereno y objetivo, que aún hoy día serían válidas sus conclusiones, que son expuestas con claridad y sencillez, y en otra, presentó un caso de blefaroptosis adquirida⁴⁰⁴ magníficamente estudiado desde el punto de vista neurológico, y donde analiza el diagnóstico diferencial con profundidad. Critica cada signo con criterio neurológico riguroso y extrae conclusiones a mi juicio muy acertadas.

Otros

Estudiaremos en este capítulo la obra de varios autores que sin ser exactamente neurólogos clínicos, al menos a título exclusivo o preferente, se dedicaron a alguna o algunas de las ramas de la patología del sistema nervioso, desde la neurofisiología hasta la psicología, y ocasionalmente, publicaron trabajos neurológicos o en estrecha relación con la neurología clínica. Muchos de ellos tenían ya o adquirieron más tarde, una sólida formación en neurología clínica, como Obrador y Gayarre; otros derivaron ulteriormente hacia la psiquiatría, como Sacristán y Varela de Seijas, pero todos ellos contribuyeron en mayor o menor medida al desarrollo de la especialidad neurológica en España en la época que nos ocupa. Citaremos a Prados Such, Sixto Obrador, Justo Gonzalo, Gayarre, César Juarros, Huertas, Varela de Seijas, Ramón del Portillo, José Germain, Sacristán, Santos Rubiano y G. Deleito. Anteriores a ellos fueron Mesonero Romanos y Serafín Buisen.

Quizá convenga iniciar esta breve biografía de Prados Such, repitiendo unas frases que le dedica Obrador, y que definen con exactitud lo más característico, peculiar y original de toda la escuela madrileña: «Miguel Prados forma parte de aquel grupo de neurólogos y psiquiatras españoles que a comienzos de siglo y durante su primer tercio buscaron una orientación histopatológica y somática a sus trabajos guiados por la dirección que marcaron los discípulos de Cajal, como Nicolás Achúcarro y Gonzalo Rodríguez Lafora. Esta orientación somática de la psiquiatría, por desgracia ha ido perdiendo adeptos entre nosotros y justo es revalorizarla aquí al repasar, a grandes rasgos, la primera fase de la actividad de un gran científico como fue Miguel Prados y Such».⁴⁰⁵

Miguel Prados, malagueño, fue uno de los primeros colaboradores de Lafora. Trabajó también con Achúcarro, con del Río Hortega y con Calandre.⁴⁰⁶ Germain⁴⁰⁷ cuenta esta etapa de su vida. «Trabajaba el doctor Prados con el doctor Lafora desde hacia varios años y con él estaba en el Instituto Cajal y en la consulta de la calle de San Bartolomé, una de las primeras clínicas públicas que se establecieron en Madrid y que reunía nada menos que a los que con el tiempo fueron los más destacados especialistas de la capital». «Acababa de recibir el doctor Prados una pensión de la Junta de Ampliación de Estudios para trabajar con el profesor sir Frederick Mott, en anatomía patológica, en Gran Bretaña», «A su regreso de Londres volvió al

Instituto Cajal un tiempo y pronto surgió la creación del Sanatorio de San José de los Hermanos de San Juan de Dios en Málaga y le fue ofrecida la dirección de este magnífico establecimiento... Aceptó este puesto y tuvo la suerte de que al poco tiempo surgiera la vacante del Manicomio Provincial en el Hospital Civil de Málaga. Allí fue Miguel... Tras de brillante oposición, logró en propiedad esta plaza y en ella permaneció trabajando durante diez años hasta su regreso a Madrid...»⁴⁰⁸ Su labor en el manicomio de Málaga fue calificada por Germain de excelente, haciendo notar también que estuvo impregnada de un sentido médico, clínico, que atribuye a la influencia que en Prados ejerció Madinaveitia.

Las actividades malagueñas «le hicieron añorar la tranquilidad productiva del laboratorio y por ello trasladarse a Madrid».⁴⁰⁹ A su regreso a la capital, se incorpora de nuevo al Instituto Cajal y reemprende la actividad investigadora.

En la guerra civil, se marcha al Canadá, donde deriva hacia el psicoanálisis y la psicoterapia, llegando a ser profesor de psicología en la Universidad de Notre Dame de Montreal. Resulta sorprendente este cambio en la orientación de Prados, que pasa de una psiquiatría organicista y anatomoclínica a una psicodinamia idealista, cosechando también éxitos en su nuevo enfoque de la biología cerebral. Idéntico asombro manifiesta Obrador: «ocurrió un cambio sorprendente para mí», dirá de este viraje en redondo en la orientación de Prados.

Respecto a su personalidad, Germain le califica de «hombre bueno y cordial», y «hombre serio y maduro», «dos palabras bastarían para enmarcarlo: fue eso siempre un *hombre de ciencia*; un hombre de ciencia en cualquiera de sus actividades y que tuvo la objetividad y la honestidad del hombre de ciencia»⁴¹¹ «Ahora bien, esta seriedad del científico, esta bondad y esta modestia no le privaron nunca de una exquisita sensibilidad. Recuerdan los que le han conocido su interés por la música, su curiosidad frente a la pintura y su fina intuición ante la poesía y ante la poesía moderna que su hermano había de cultivar con particular acierto».⁴¹² Llaveró Avilés, dice de su amigo: «Prados y Such irradiaba inquietud científica y seriedad en el trabajo y en la convivencia. También recuerdo que aquello que sabía, y sabía mucho –como después lo demostró– lo sabía muy bien, con exactitud y profundidad; era pulcro en el trabajo y precavido a la hora de sacar conclusiones».⁴¹³ Obrador se expresa: «en estos meses de trabajo agradable e interesante tuve la oportunidad de conocer la abierta, afectuosa y magnífica personalidad de Miguel Prados. Siem-

pre atento y dispuesto a discutir conmigo cualquier problema sobre la fisiopatología del sistema nervioso, me ayudaba con su cordialidad y afecto habituales, en el estudio experimental y en el aspecto bibliográfico para buscar revistas, libros, etc.»⁴¹⁴

Respecto a su obra, en relación con la neurología, dice Valenciano: «De un enfoque somaticista a la búsqueda siempre de trastornos fisiológicos en el campo de la psicosis es su comunicación sobre *El cociente hemorraquideo del calcio en la epilepsia esencial*, donde en colaboración con Santos Gutiérrez investiga 25 casos de epilepsia con determinaciones simultáneas de calcemia y calciorraquia, para llegar a la conclusión, que no hace definitiva, del no paralelismo entre ambas cifras con cierta tendencia a la hipocalciorraquia en relación con la calcemia...» «Y de análoga orientación es el trabajo de 1920 a que antes aludimos en colaboración con Lafora sobre *Nuevos métodos de análisis del líquido cefalorraquídeo*»⁴¹⁵.

También Obrador⁴¹⁶ hace referencia a algunos trabajos de orientación neurofisiológica: «Estudiamos entonces las variaciones del umbral convulsivante en gatos a los que se modificaban los mecanismos glucorreguladores por la extirpación del páncreas o glándulas suprarrenales, la administración de insulina, etc.»....

«En el Congreso de Londres presentó Miguel unos estudios que había realizado sobre la barrera hematoencefálica en la epilepsia, demostrando la ruptura de la misma durante el ataque experimental. Esta comunicación fue el comienzo y punto de partida de sus estudios ulteriores y fue publicada en forma amplia en *Archiv für Psychiatrie* (Vol 10, 1936)» «Otro trabajo, presentado en Londres, correspondía a la serie iniciada años antes conmigo y en el cual estudiaba las alteraciones histopatológicas cerebrales que se presentaban en animales que habían sufrido la extirpación de las cápsulas suprarrenales. Se ve así su interés mantenido durante muchos años y desde su estancia en el Hospital Maudsley sobre la influencia que diferentes partes del sistema endocrino ejercen sobre ciertos mecanismos cerebrales y que él intentaba elucidar para su aplicación etiopatogénica a la clínica psiquiátrica».

Intervino en la organización y en las discusiones de diversos Congresos Internacionales. Junto con Lafora, Mira y Rodríguez Arias, representó a la Asociación Española de Neuropsiquiatras en la reunión anual de la «Royal Médico Psychological Association» y con Ramón y Cajal, Tello, Lafora y Fernández Sanz, preparó en Berna el Primer Congreso Internacional de Neurología. En el segundo, cele-

brado en Londres, intervino en la discusión de la ponencia *Las epilepsias*, el lunes 19-6-1935, exponiendo las experiencias mencionadas por Obrador sobre la barrera hematoencefálica durante la crisis convulsiva.⁴¹⁷

También en el mismo Congreso expuso las alteraciones cerebrales en los animales suprarrenalectomizados⁴¹⁸ consistentes en hipertrofia de la macroglia y clasmotodendrosis de la oligodendroglia.

Junto con Obrador, publicó en los *Archivos de Neurobiología* sus estudios sobre la epilepsia provocada por el alcanfor en gatos pancreatomizados (con hiperglucemia) y –como hemos dicho– en los suprarrenalectomizados. Concluyen que las modificaciones de la glucemia no cambian sustancialmente la conducta de los animales, y los cambios que pueden verse no dependerían de la glucemia. Creen que la hiperglucemia postcrítica sería producida por un mecanismo neurohormonal y no por el trabajo muscular de la crisis.⁴¹⁹

Prados Such publicó también un libro de divulgación titulado *El dolor de cabeza*.⁴²⁰ Se trata de una obra de 126 páginas en la que expone las causas habituales de las cefaleas. Tras un sucinto recuerdo anatómico, describe las cefaleas por causas locales, traumatismos, inflamaciones intracraneales, meningitis, sinusitis, abscesos intracraneales, pólipos nasales, visión incorrecta, infecciones bucales, de oído o del cuero cabelludo, y las originadas por causas generales, que divide en infecciosas, tóxicas y circulatorias, señalando las enfermedades que originan cefalea, dentro de cada grupo. En una segunda parte, analiza las causas por edades: en la infancia, edad juvenil y madurez con las etiologías más frecuentes. Finalmente enumera los signos que pueden indicar mayor o menor gravedad en una cefalea y la profilaxis general de la misma.

Prados Such murió el día 17 de enero de 1969, en Montreal. Diversas revistas, entre ellas el prestigioso *Journal of Neurosurgery*, dedicaron artículos extensos a la memoria de su vida y obra.

De orientación también neurofisiológica –en aquellos años– fue la obra de Sixto Obrador, quien, oriundo de la Montaña, publicó sus primeras experiencias en los *Analés de Valdecilla*, acerca de las propiedades convulsivantes del extracto de cerebro. Estudió Obrador el efecto del extracto cerebral en conejos, cobayas, gatos y perros. Concluye que «en el extracto de cerebro existe alguna sustancia que determina en ciertos animales de sangre caliente (conejo, gato, perro y cobaya) un cuadro toxi-convulsivo». «En contra de lo que dice

Kroll, el extracto de cerebros normales tiene la misma capacidad convulsiva que el de cerebros excitados». «La propiedad convulsivante del extracto cerebral es independiente del estado funcional del órgano, y sería debido a alguna sustancia que existe consustancialmente en el tejido nervioso del cerebro. Esta sustancia convulsivante no tiene especificidad de clase...»⁴²¹

Estudió también, junto con Kutz, las modificaciones humorales durante las crisis convulsivas provocadas por la inyección de extracto cerebral^{422 423} haciendo recuentos de la fórmula leucocitaria antes y durante la crisis en gatos y conejos, observando leucopenia constante en la crisis. También estudia el ácido láctico, glucosa, colessterina, calcio y potasio en la sangre, observando hiperglucemia, disminución de la colessterina, aumento del potasio y descenso del calcio. La concentración de colessterina en la corteza también disminuye. Observan que los extractos de médula y sustancia blanca no tienen acción convulsivante, por lo que lo atribuyen a algún componente albuminoideo de la sustancia gris.

Intervino también en la discusión de la ponencia *Las Epilepsias* en el segundo Congreso Internacional de Londres (1935), señalando que según sus experiencias en el Instituto Cajal, los factores que modifican la glucemia (adrenalina, insulina, extirpación del páncreas, etc.) no tienen influencia en la susceptibilidad de los animales a convulsivar tras la inyección de drogas convulsivantes. Durante la crisis hay aumento de la glucemia y glucorraquia de causa adrenalínica, pues no aparece en los animales suprarrenalectomizados.⁴²⁴ También comunicó —junto con J. B. Odoriz— *Acción de los potenciales en el simpático lumbar del gato*.⁴²⁵

Este tema de la epilepsia interesó a Obrador, quien realizó también estudios humorales en gemelos univitelinos, uno de ellos epiléptico, junto con Pelaz,⁴²⁶ concluyendo que los gemelos univitelinos, además del parecido morfológico y psíquico, tienen un parecido humoral, y que «en el par de gemelos epilépticos no encontramos, aparte de la mayor eosinofilia y del tipo distinto de curva de glucemia en M. ninguna otra diferencia notable, a pesar de que en V han desaparecido las ausencias».

Muchos otros trabajos de índole neurológica publicó Obrador después de la guerra, que no comentaremos en esta ocasión por salirse de los límites cronológicos de este trabajo.

Incluimos también en este grupo a Justo Gonzalo, de quien recogemos dos publicaciones, en *Archivos de Neurobiología*, sobre temas de neurología. En la primera, acerca de los factores endógenos en la corea de Sydenham,⁴²⁷ expresa su opinión de que esta enfermedad aparece sobre una predisposición. Estudia cinco casos de adultos por considerar que hay numerosos trabajos sobre los casos infantiles. En su opinión, influyen en la aparición: la infancia, la constitución asténica pura y el sexo femenino. En adultos sería exclusivamente privativa del sexo femenino.

En la segunda publicación se ocupa de la fisiopatología del tálamo y subtálamo con ocasión de dos casos estudiados con necropsia, que presentaron llanto espástico, trastornos posturales e hiperpatía.⁴²⁸ Deduce de las observaciones anatomoclínicas que el llanto espástico hay que conceptuarlo como un trastorno general de la inervación mímica que funciona según el principio de todo o nada y cuyo órgano regulador sería el núcleo centromediano de Luys del tálamo. Relaciona los trastornos sensitivos deficitarios e hiperpáticos con las lesiones talámicas (núcleos ventrales y laterales) y los fenómenos de rigidez de descerebración unilateral con lesiones del núcleo rojo de un lado.

También Gayarre, Director de Ciempozuelos, discípulo de Achúcarro, calificado de «concienzudo neurólogo» por Lafora,⁴²⁹ publicó hacia 1910, *Un caso de corea de Huntington*.⁴³⁰ Caso interesantísimo de corea mayor sobrevenida a seguido de un traumatismo craneal severo, perfectamente estudiado y comparado con los referidos en la amplia bibliografía consultada. Sus numerosos trabajos neurohistológicos desbordan el campo de la clínica neurológica.

Otro contribuyente a la formación y progreso de la neurología madrileña fue el inquieto y polifacético César Juarros, quien –según Meana⁴³¹– describió el primer caso de encefalitis letárgica de Von Economo en España y según afirma Villaverde⁴³² fue el que introdujo y extendió el uso del luminal como antiepiléptico en nuestro país. «En España, Juarros ha sido sin disputa quien más ha contribuido a divulgar su eficacia» dirá Villaverde. También publicó sobre semiología neurológica, estudiando con gran objetividad y juicio crítico desapasionado el reflejo hipotenar comparándolo con el signo de Babinski.⁴³³ Se sirve del método estadístico en el análisis de 74 casos de niños anormales. Concluye que el reflejo hipotenar no debe de ocupar situación preferente en la exploración neurológica.

La familia Huertas, padre e hijo, practicaron también la neuropsiquiatría, dirigiendo Huertas hijo la sección de hombres del Hospital

Provincial en el primer tercio del siglo. Sus publicaciones –sin embargo– son escasas. Cabe citar su descripción de la narcolepsia sintomática, en dos casos⁴³⁴ uno seciente a hipotiroidismo y otro a gomas cerebrales.

También el ulteriormente prestigioso psiquiatra Varela de Seijas, estudió diversos cuadros neurológicos en casos clínicos que fueron objeto de comunicaciones en Academias y Hospitales. En San José y Santa Adela, (21 noviembre 1930), presentó un caso de tortícolis espasmódico postencefalítico y un movimiento involuntario de extremidad inferior derecha «que flexiona de un modo intenso en el momento de separar el pie del suelo»⁴³⁵ y más tarde otro caso muy interesante de diencefalosis, con narcolepsia, alteraciones de la glucemia, trastornos menstruales y psíquicos,^{436 437} publicado en los Anales del Hospital bajo el encabezamiento de *Servicio de Neurología*, probablemente el primero dentro de la Cruz Roja Española.

En la misma revista y bajo el título *Contribución al estudio de las malformaciones vertebrales*, presentó un caso interesante, que cuatro meses después de un traumatismo, desarrolló un cuadro de Erb-Duchenne. Dice: «Radiográficamente muestra entre la última vértebra cervical, y primera dorsal del lado izquierdo, una formación ósea anormal de interpretación difícil».⁴³⁸ No presenta placas laterales. A pesar del traumatismo, dado que es algo más baja la radiología que la clínica, lo etiqueta de radiculitis cérvico-braquial simple o reumática, opinando de la radiografía que «no tiene nada que ver con el cuadro morbo y que es una neoformación sin ninguna significación, que únicamente ha servido para despistarnos...».⁴³⁹ A continuación describe un segundo enfermo en el que, casualmente, encuentra en la radiografía «una hipertrofia de las apófisis transversas izquierdas de la 4.^a, 5.^a y 6.^a»⁴⁴⁰. Previamente lo había advertido por palpación. En opinión del autor, el caso es único en la literatura, aunque sin embargo no publica las placas.

También presentó casos neurológicos en la Academia Médico-Quirúrgica Española, como cinco síndromes extrapiramidales postencefalíticos con movimientos involuntarios, ilustrados con película cinematográfica.⁴⁴¹ y un caso de pseudosíndrome talámico por lesión cortical.⁴⁴²

Discípulo de Villaverde, y cultivador como él de la neurología clínica, fue Ramón del Portillo, quien comunicó casos clínicos con su maestro, y publicó un caso de síndrome «apático» de Allers⁴⁴³ refiriendo un caso de traumatismo craneal con pérdida de conciencia, que

a los pocos días presentó un estado de apatía y confusión, que permaneció con exploración neurológica normal (aunque no la detalla). No refiere nada acerca de las radiografías ni de otras exploraciones. Atribuye el cuadro a lesión frontal. Siguiendo a su maestro, casi toda la bibliografía es germana (10 citas, 9 alemanas y 1 francesa). También como su maestro se interesó por la narcolepsia, publicando el caso de una joven de 18 años «que en los momentos más dispares se queda dormida sin poderlo evitar».⁴⁴⁴ Presentaba también gelolepsia pues señala que al reírse tenía necesidad de asirse firmemente para no desplomarse. Es tratada con efetonina.

Incluimos también en este grupo a J. M. Sacristán, quien –aunque psiquiatra, de época anterior, director del manicomio de mujeres de Ciempozuelos–, publicó ocasionalmente temas neurológicos en los *Archivos de Neurobiología* donde expuso dos interesantes casos de epilepsia en esquizofrénicos⁴⁴⁵ observando que estos ataques suelen producirse en la forma catatónica de la esquizofrenia.

Dice Rodríguez Arias refiriéndose a Sacristán: «... excelente maestro en clínica psiquiátrica y en disquisiciones de erudito, nos presidió de consuno, en las reuniones, afable y severamente.

Formado en la senda que marcó Emil Kraepelin, partidario de don Santiago Ramón y Cajal y los suyos, admirador y contertulio de Ortega y Gasset, la «Junta para ampliación de estudios e investigaciones científicas» le apoyó siempre hasta donde cupo.

Sus peroratas en familia, a puerta cerrada, sus delicadas, sutiles y elegantes observaciones, su diatriba tenaz, encantaban a los que lo rodearon y estimaron.

Muy caballero, muy puritano o implacable consigo mismo, un si es o no es apático, remiso o tímido, fustigador duro del relumbrón, de la oratoria vacua o preponderante y de los valores a medias, no supo o no arribó a coronar la meta soñada. ¡Qué lástima para España, su capital política y la psiquiatría!

Echo invariablemente de menos sus advertencias, sus consejos, su ejemplo somático, en la maniobra, en la postura y en el silencio.

Bendigo, por consiguiente, en unión de otros, su ejecutoria. A él debemos un «savoir faire» depurado, honesto, sencillo, vivaz, icástico».⁴⁴⁶

Similares características en cuanto a orientación psiquiátrica, concurrían en Santos Rubiano y Herrera, jefe de la clínica psiquiátrica militar y del manicomio de varones de Ciempozuelos (Madrid), quien estudió nueve casos de encefalitis epidémica, con necropsia detallada

en los casos letales, y descripción de secuelas en tres que las presentaron: «ligero estado parkinsoniano», «deficiencia moral accidental» y «oligofrenia adquirida».⁴⁴⁷ Expone también la clínica, las formas clínicas, el diagnóstico diferencial especialmente con las meningitis, abscesos y enfermedad de Wilson, las características histopatológicas de la enfermedad, los cuadros psíquicos residuales, la epidemiología, la terapéutica y la profilaxis.

José Germain, discípulo de Lafora, publicó algunos trabajos, acerca de la conmoción cerebral,⁴⁴⁸ concediendo —a mi juicio— excesiva importancia a la presión L.C.R., en la patogenia de esta afección. El artículo citado, adolece de un mal casi epidémico en la época: cita diversas opiniones de maestros afamados, a menudo contradictorias, sin aclarar realmente el problema enunciado en el título del trabajo en cuestión. Fue —en cambio— Germain, competentísimo en cuanto a psicología se refiere, en cuyo terreno alcanzó justo y bien ganado prestigio, tanto en el terreno científico como en el humano.

Del mismo tronco madrileño proceden Nieto, Abaunza y Escardó prestigiosos neuropsiquiatras de la capital, de sólida formación histopatológica.

Antonio Abaunza, discípulo de Sanchís Banús, fue subdirector primero y más tarde Jefe del laboratorio de Biología Criminal de Madrid y subdirector del anexo psiquiátrico de la cárcel celular de Madrid. Publicó —entre otras cosas— acerca de la inflamación en el tejido nervioso,⁴⁴⁹ utilizando el término de «Hortegaglia» para designar a la microglia, en honor al descubridor de la misma.

También discípulo de Banús fue Escardó, anteriormente médico del departamento de observación de dementes del Hospital General (sección: mujeres. Prof. Huertas), quien publicó un caso tumoral temporal izquierdo sin afasia ni zurdera,⁴⁵⁰ y un trabajo de investigación clínica titulado *Contribución al estudio de la reabsorción meníngea*,⁴⁵¹ en el que exponen su metodología (tomada de Föerster) de introducir 2 cc. de yoduro de sodio al 10 % en los espacios subaracnoideos, recogiendo orina cada 15 minutos hasta que aparece yodo en la misma. A continuación la recogen cada 2 horas, hasta obtener 2 resultados negativos consecutivos. En enfermas sin lesión renal, y aparentemente normales, la sustancia mencionada se elimina en 20-30 horas, con un máximo (pico en la curva de eliminación) a las 6-8 horas. Aplican el método a esquizofrenias, oligofrenias, epilepsias, secuelas postenfálticas, psicopatías y parálisis general progresivas. Encuentran curvas de eliminación alargadas en las esquizofrenias y

acortadas en oligofrenias y epilepsias, siendo el resto de los casos normales.

Por último, cabe citar en este grupo a Mesonero Romanos, quien fue co-autor, junto con Fernández Sanz del libro *Diagnóstico topográfico de las enfermedades de la médula*, ya criticado al estudiar la obra de este último autor, a G. Deleito, cultivador de la neuropsiquiatría, pero de escasa obra escrita, y a Fernández Victorio, quien publicó en Madrid un folleto titulado *Fisiopatología del Sistema Nervioso*. Anterior a ellos fue Serafín Buisen, que ejerció como neurólogo en el Hospital de la Fundación Federico Rubio a finales del siglo pasado y comienzos de éste. Como en los casos mencionados anteriormente, la escasez de obra escrita en lo referente a la neurología clínica, nos disculpa de dedicarles el espacio y la atención que por sus méritos merecen.

III. ESCUELA DE BARCELONA

Características

Al analizar las características de la escuela de Madrid, y en el capítulo dedicado a generalidades, anticipábamos algunas de las peculiaridades de la brillante escuela neurológica catalana, que creemos pueden cifrarse en: 1.º) orientación clínica, 2.º) la práctica neurológica exclusiva, 3.º) la formación preferentemente francesa o francófila y 4.º) la creación de sociedades, institutos, cátedras, cursos y tratados de neurología, como manifestación de su tendencia docente.

1.º) *Orientación clínica y semiológica.*

En la que hemos llamado primera escuela de neurología, la que inicia Barraquer Roviralta, se patentiza claramente esta polarización hacia el estudio de los signos, síndromes y manifestaciones visibles de la enfermedad, que se continuará —en mayor o menor grado— en el resto de los neurólogos barceloneses.

El 50 por ciento de los trabajos de Barraquer Roviralta tratan asuntos clínicos, y el 35 % semiológicos. El 80 % de los de su hijo, Barraquer Ferré versan sobre problemas igualmente clínicos, y lo mismo le ocurre a Subirana y —en menor grado— a Rodríguez Arias,

quien además de los grandes o pequeños síndromes, estudió también temas históricos, técnicos, analíticos y de índole más variada.

Expresión de esta afición por el signo, por lo semiológico, es la riquísima colección iconográfica de los Barraquer, que ilustró su magnífico *Tratado de Enfermedades Nerviosas*. Las fotografías, suelen mostrar una actitud, un gesto, un reflejo, un tipo de atrofia o de hipertrofia, algo en suma, relacionado con la práctica asistencial, con la observación y con las manifestaciones morbosas, que se pueden recoger y objetivar con la inspección y exploración.

Resulta asimismo significativo que, mientras los descubrimientos de la escuela madrileña se producen en el campo de la neurohistología (la llamada por algunos enfermedad de Lafora vendría definida por los corpúsculos de Lafora, es decir por un hallazgo morfológico), el grupo catalán realiza sus descubrimientos e innovaciones en el campo clínico y semiológico. La enfermedad de Barraquer, el reflejo de Barraquer, el síndrome vértigo-espinal (difundido en España por Subirana) y la máscara anestésico-leprosa de Barraquer pueden ser ejemplos que ilustren lo antedicho.

2.º) *Práctica neurológica exclusiva.*

Frente a la ambivalencia del neuropsiquiatra madrileño, con frecuencia más psiquiatra que neurólogo, el especialista catalán se centra en la neurología pura o casi pura y –tal vez por la influencia francesa que analizaremos a continuación–, en la electrología como método terapéutico.

Resulta por tanto más moderno, más avanzado y tal vez más «neurólogo» que su anfibólico colega madrileño. Orgullosamente lo pregona Rodríguez Arias: «Barcelona, con Barraquer Roviralta en el vetusto Hospital de la Santa Cruz y sus aventajados hijos espirituales, directos e indirectos, en varios nosocomios, inició un era clínica neurológica de recia raigambre e importante, pues, en el concierto internacional. El Instituto Neurológico, con su organización funcional tan bien concebida y ensalzada y sus nada escasos medios, el mismo Hospital de San Pablo y bastantes clínicas y dispensarios de otros centros, procuran difundir y difunden de hecho lo que es la auténtica neurología interpretada por los más indiscutidos neurólogos».⁴⁵²

El propio autor, cita a Buenaventura Clotet como neurólogo puro⁴⁵³; la dinastía de los Barraquer no se ocupó nunca de otros temas que los neurológicos o los estrictamente relacionados; Gispert, Castanyer, Subirana, etc. no publicaron –que sepamos– ni un solo trabajo

de psiquiatría. Sólo Rodríguez Arias –quizá por su formación en parte madrileña– cultivó algunos temas psiquiátricos o neuropsiquiátricos, aunque con una clara polarización hacia lo puramente neurológico.

Más recientemente, en una generalización tal vez excesiva, Gimeno Alava indica también que «salvo el glorioso islote neurológico barcelonés nadie desarrolló la neurología como tal».⁴⁵⁴ Es probable que algunas de las dificultades por las que atravesó Barraquer Roviralta, estén relacionadas con la fidelidad que siempre guardó a la práctica y al desarrollo exclusivo de la «neurología como tal».

3.º) *Formación preferentemente francesa*

El magisterio de la escuela francesa sobre la catalana se inicia ya con Barraquer Roviralta, quien –como hemos indicado– se forma con Babinski, Charcot, Pierre Marie y Grasset. Como veremos en las biografías de los más destacados neurólogos barceloneses, todos recibieron la influencia parisina directamente, y la transmitieron a sus colaboradores y discípulos o alumnos. Pero, además de la influencia que recibieron en sus estancias en la capital francesa, o –en el caso de Subirana– en Estrasburgo, existió una relación y también cierta inclinación hacia lo francés. Rodríguez Arias lo expresó en sus trabajos históricos, señalando que: «Barcelona, en Cataluña, ... mandaba a sus médicos, recién salidos de las aulas, a perfeccionar los conocimientos clínicos a la capital de Francia»⁴⁵⁵ y también: «La célebre iconografía de la Salpêtrière ayudó mucho a observar lo morfológico, el aire visual de las parálisis, y las distrofias y de las lacras ingénitas»⁴⁵⁶ Por otra parte, muchos detalles confirman esta relación francocatalana. Puede servir de ejemplo el hecho de que casi todos los más destacados neurólogos publicasen en revistas del vecino país; no menos de 5 artículos de Rodríguez Arias, 11 de Subirana y 9 de los Barraquer, vieron la luz en Francia, antes de 1936.

Barraquer fue miembro de la Sociedad Francesa de Neurología, como también lo son Rodríguez Arias y Subirana. Todos pertenecieron y pertenecen, además, a otras varias Sociedades francesas o parisinas.

Detalle revelador es el que los neurólogos catalanes hubieran recurrido a algún eminente clínico francés (Babinski en una ocasión, Charcot en otra) para recabar ayuda en ciertos casos complejos, lo que revela su admiración y la aceptación implícita de su magisterio, lo que también puede expresarse en el hecho de ser autores franceses los

que prologan los libros de neurología de los Barraquer. Incluso el entusiasmo que ambas escuelas manifestaron por la neurocirugía, favoreciendo su desarrollo, las hace aparecer como –en cierto sentido– hermanadas entre sí.

4.º) *Actividad docente.*

Esta fue otra de las características de la escuela catalana, que se manifestó mediante la creación de sociedades, institutos, cátedras, cursos y la publicación de un tratado de Enfermedades del Sistema Nervioso.

En cuanto a las sociedades, dice Rodríguez Arias: «En 1911, Barcelona sintió la necesidad de fundar la primera Sociedad de Psiquiatría y Neurología («Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona») que presidió el autorizado neuropsiquiatra A. Galcerán Granés. En el transcurso del siglo, se ha transformado en «Societat Catalana de Psiquiatría i Neurología» (1932) y «Asociación de Psiquiatría-Neurología de la Academia de Ciencias Médicas» (1939)».⁴⁵⁷ La «Junta directiva» primitiva, que se eligió por aclamación a instancia de Domingo Martí Juliá y A. Rodríguez Morini, la integraron los beneméritos A. Galcerán Granés, F. de P. Xercavius Rius, Odón Moles Ornella, E. Conill Mataró, P. Farreras Sampere, P. Ribas Pujol y M. Saforcada Ademà».⁴⁵⁸

«A partir del 11 de marzo de 1911, se reunieron los miembros cada 15 días, durante meses y meses. Las controversias, las polémicas, frecuentemente de gran tono y trascendencia, marcaron un hito, aquí y traspuesto el Ebro».⁴⁵⁹

En otra ocasión, el mismo autor indica el origen catalán de muchas sociedades nacionales:

«El paso vacilante, confuso, aunque jamás solapado y exiguo, por fortuna, de nuestra Sociedad en la preguerra del 14, lo enaltecieron, lo sobreexcedieron y lo eclipsaron, más tarde, década tras década, las nombradas Asociación de Neuropsiquiatría y Sociedad de Neurología, nacionales –bien que barcelonesas de cuna– en sus magnas pretensiones legítimas»⁴⁶⁰, y también «En Barcelona, la Sociedad de Psiquiatría y Neurología, fundada en 1911 por el aventajado grupo de psiquiatras clínicos de la región, a la cabeza de los cuales figuraban Galcerán Granés y Rodríguez-Morini, directores de importantes manicomios, venía celebrando animadas sesiones académicas que contribuían a mantener un nivel clínico apreciable y también asistencial,

como fruto –en parte– de las enseñanzas prodigadas años antes por Pi Molist y Giné Partagás, dos insignes frenólogos del siglo pasado».⁴⁶¹

Más tarde, el 29 de diciembre de 1924, se fundó con «16 esforzados pioneros» la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Parece ser que la idea partió de Emilio Mira, Rodríguez Arias, Tomás Busquet y Escalas Real. Era, pues, de origen genuinamente catalán. Una vez más, Rodríguez Arias es cronista del momento: «En el II Congreso Nacional de Medicina, en Sevilla, se gestó la Asociación. En Barcelona se redactó un proyecto de estatutos que fue aprobado por el gobierno civil de la provincia (21-III-25), animando Emil Kraepelin en una visita a la ciudad Condal, a los fundadores a seguir adelante».⁴⁶²

La 1.^a Reunión fue en Barcelona, junio 1926. (21-22 y 23). El consejo directivo provisional: M. Saforcada, de Barcelona (presidente); J. M. Sacristán, de Madrid (vicepresidente); T. Busquet, de Barcelona (tesorero); B. Rodríguez Arias, de Barcelona (secretario); J. Sanchís Banús, de Madrid (vicepresidente) y Gimeno Riera, de Zaragoza, W. López Albo, de Bilbao, M. Prados Such, de Málaga y J. Escalas Real, de Palma de Mallorca (vocales).⁴⁶³

La tercera reunión se celebró en Bilbao, sobre «Tratamiento de los síndromes postencefálicos» como tema neurológico.

En 1932, también en Barcelona y bajo el empuje de Subirana, se crea la Sociedad de Oto-neurooftalmología de Barcelona.⁴⁶⁴ Ya en la postguerra, Barraquer Ferré, Rodríguez Arias y Subirana Oller –los tres catalanes– fundan la Sociedad Española de Neurología, primera dedicada exclusivamente a esta especialidad.

De las crónicas de Rodríguez Arias, extraemos esquemáticamente y como resumen final, la evolución de este impulso forjador de productivas sociedades, característico de la escuela catalana: «La «sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona», fundada el año 1911, es nuestra entusiasta bisabuela» «... en 1924, Manuel Saforcada, Emilio Mira y nosotros, con unos adalides de la evolución neuropsiquiátrica catalana, resolvimos dar a luz la «Asociación Española de Neuropsiquiatras».

«Una nueva Sociedad de expansión local, muy a punto creada por A. Subirana en 1932, fue la «Sociedad de Oto-Neuro-Oftalmología de Barcelona».

«Barraquer, el padre, Antonio Subirana y yo sentimos el deber, no obstante, en 1949, de formar una más joven entidad, la Sociedad Española de Neurología».⁴⁶⁵

Respecto a la creación del Instituto Neurológico y de la primera

y hasta ahora única cátedra de neurología, señalamos que se forjaron también en el seno de la neurología catalana, pero por haber sido titular de ambas instituciones Rodríguez Arias, su análisis lo haremos en el estudio de la obra de dicho autor.

Los cursos neurológicos tenían la tradición que le otorga la antigüedad de la escuela de Barraquer Roviralta, quien en el antiguo Hospital de la Santa Cruz, dictaba cursos, cuyo programa era el siguiente: «Degeneración y regeneración experimental del sistema nervioso periférico. Anastomosis nerviosas, con verificación de electrorreacción en su curso. Electrodiagnóstico. Corriente galvánica, corriente farádica; modo de obtenerlas y emplearlas. Reacción normal, reacción degenerativa. Valor del electrodiagnóstico para el diagnóstico diferencial y pronóstico en neuropatología. Experimentación en enfermos de parálisis periféricas y en parálisis por lesión de la neurona central».⁴⁶⁶

Por otra parte, y como se indicará en los capítulos correspondientes, la mayor parte de los neurólogos catalanes explicaron regularmente clínica neurológica, en las cátedras de patología médica, con la anuencia y satisfacción de los catedráticos respectivos.

Los cursos especiales que dictó la cátedra de neurología, en su efímera existencia, pueden verse en las fotocopias incluidas en el capítulo correspondiente.

En cuanto al tratado de Enfermedades Nerviosas, de Barraquer Ferré, representa —a mi juicio— exponente claro de esta tendencia docente, expansiva, magistral, tanto verbal como literaria que honra y enaltece a la insigne escuela neurológica catalana.

Barraquer Ferré

Luis Barraquer Ferré, hijo del fundador de la neurología española y catalana Barraquer Roviralta y de doña Ana Ferré Sugrañes, nació en Barcelona el 16 de junio de 1887. Ya en su infancia era aficionado al campo, como refiere su propio hijo, en un profundo estudio al que habremos de referirnos en múltiples ocasiones. Dice Barraquer Bordas: «... Luis Barraquer Ferré adquiere, bajo la iniciativa paterna, dos de las aficiones que van a perseverar toda su vida: el gusto por la vida en el campo y la cría de palomas mensajeras. De esta última cuestión le intrigará singularmente con el paso de los años el porqué de su facultad privilegiada de orientación.

Su contacto con el campo se inicia por un azar de la vida profesional de su padre. Este visita en 1894 a un niño de Sant Climent del

Llobregat afecto de poliomielitis, en una forma ligera. Es el hijo de la figura más prepotente de la pequeña vida política de aquella localidad del Baix Llobregat, el señor Pagés, «el Cases». Y los padres se ponen de acuerdo para que Luis pase sus vacaciones en aquella localidad, cuya mansa vida local estaba adscrita a seculares patrones. Ninguna carretera conducía hasta allí, solamente un camino vecinal tan modesto como antiguo y la riera que baja hasta Viladecans y se pierde luego entre las llanuras del delta del Llobregat, cuando el agua no lo impedía. El censo de aquella población no llegaba al millar de habitantes, la idiosincrasia de los cuales parecía más propia de los naturales de una región situada en los confines del Bergadá, del Pallars o de la Garrotxa, que de los de un pueblo distante tan sólo en línea recta unos 16 km. de la Plaza de Cataluña».

«Luis Barraquer Ferré alterna la vida de niño y de adolescente estudiante en Barcelona, con frecuentes períodos de estancia en Sant Climent, donde se familiariza con el pueblo y con sus gentes, para quienes será ya siempre uno de los suyos.

Cuando concluye el bachillerato se presenta el problema de la orientación profesional. Y es aquí donde se realizó en él, muy trabajosamente, su vocación tan personal y concreta».

«Vivía normalmente en Barcelona, trasladándose de la calle Pelayo a la Plaza Universidad, pero pasaba cuantos días podía en Sant Climent de Llobregat, en una masía aislada, de nombre «Can Bori», situada a media hora del camino del centro rural, generalmente acompañado tan sólo por los masoveros, a veces incluso en total soledad. Allí podía dedicarse a su afición favorita, la caza, singularmente la caza de la perdiz levantada y seguida «a mano». Su pericia en este menester era proverbial y entre los moradores del citado pueblo su primacía era rotunda, indiscutida. A los 16 años había capitaneado ya una cacería de liebres en el término de Olesa de Bonesvalls, en la que participaron otros 16 cazadores, todos ellos de mucha más edad que él. Una fotografía del grupo realizada por L. Barraquer Roviralta ha quedado como recuerdo de aquella salida de cazadores».

«En Barcelona vivía, claro está, con su padre, que bastantes veces le acompañaba al campo, con su hermano, que sólo excepcionalmente salía de Barcelona, y con una sirvienta que, habiendo entrado en la casa el año 1900, continuó en ella hasta pocos años antes de la muerte de Barraquer Ferré, prácticamente hasta que ella misma murió.

Eran estos los años en que su padre llevó a cabo sus estudios experimentales y clínicos sobre el sistema nervioso periférico, respec-

tivamente publicados en la *Revue Neurologique* (1910) y en la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière* (1914-1915). Barraquer Ferré tomó parte en los primeros a título, podríamos decir, de ayudante de laboratorio y vivió muy cerca el curso de los segundos, principalmente el esfuerzo pacientísimo que su padre consagró a la semiología de la patología del sistema nervioso de la lepra». ⁴⁶⁷ La fidelidad que su padre guardó a la neurología como especialidad única y exclusiva acarreó a la familia diversas dificultades que inclinaron al fundador de la dinastía a apartar a su hijo de la medicina para dedicarle a actividades comerciales más lucrativas. Como se recoge en la prestigiosa *Revue Neurologique* referente a Barraquer Roviralta: «éste maestro... había hecho todo lo posible por apartar a su hijo... de una carrera que juzgaba demasiado agotadora». «El hijo obedeció hasta los 28 años, pero pudo más el ejemplo y —a escondidas— Luis Barraquer Ferré hizo sus estudios de medicina en tres años». ⁴⁶⁸

También SIGWALD, J. en la misma revista atestigua este hecho: «Aunque su padre le separó durante un tiempo de la carrera médica, hizo más tarde sus estudios de medicina y llegó a ser un gran neurólogo» ⁴⁶⁹ Barraquer Bordas refiere con mayor profundidad esta situación creada entre su padre y su abuelo, quien: «... procuró apartarle de los estudios médicos y bajo la presión de esta oposición se dedicó transitoriamente, durante más de diez años, a diversos menesteres comerciales. Así trabajó como empleado en una fábrica de correas y como asociado con otro montó una bodega que, mediante un carromato de tracción animal, repartía sus vinos a domicilio. En los primeros años de esta época cursó libremente estudios de contabilidad y aprendió el inglés y nociones de alemán. Sus conocimientos de idioma que le permitieron luego, por ejemplo, leer las Revistas Neurológicas anglosajonas y traducir al español, con diversos colaboradores, algunas obras de Wartenberg, habían sido adquiridos con finalidad bien diferente». ⁴⁷⁰ Sigue más adelante, refiriéndose a Barraquer Roviralta: «Auguraba para el hijo una eventual vida neurológica muy difícil, sometida a una constante comparación con él mismo, necesariamente impregnada de un gran esfuerzo de estudio, muchas horas dedicadas a atender enfermos generalmente de pronóstico grave o al menos ingrato, con el riesgo de encontrar algún descrédito en una tarea médica social ardua y con unas correspondencias en el campo económico amenazadoramente escasas.

Por todo ello, se opuso con decisión y tenacidad durante años y años, a su entender definitivamente, a que su hijo Luis estudiara

Medicina. No podía él contar con que el clima en que, tan unidos, ambos convivían, debía conducir a éste a sentir una tensa e irremediable vocación y con ella a madurar el propósito irrevocable de seguir la carrera de su padre. Fijémonos bien en que no decimos la vocación y el propósito de estudiar medicina, sino de seguir un camino mucho más definido, impulsado por una llamada emocional muchísimo más concreta, el camino hacia el que le llamaban los rasgos de la vida y figura del padre. Le profesaba una admiración ilimitada, tanto por el esfuerzo perenne que le veía realizar, como por los resultados científico-médicos que había logrado en este arduo esforzarse. Deseaba hacer algo que permitiese que la obra de aquel gran trabajador casi solitario fuese perdurable, que fuese consolidada, que fuese profundizada y proseguida y, por encima de todo, que la hiciera conocer y reconocer por los demás, admirable a los ojos ajenos, como él a su manera, la había admirado ya desde niño, cuando dejaba a su padre trabajando para ir a darle a una pelota de trapo en la Plaza de la Universidad, o, más tarde, a cazar a Sant Climent.

Cuando su padre muera, en 1928, formulará mentalmente ante su cadáver la promesa de seguir incansablemente en su esfuerzo vocacional específico, según expresará a su hijo pocos años más tarde.

Es en esta línea como, secretamente, se matricula de las asignaturas que componían el llamado Curso de ampliación o primer Curso, en el académico correspondiente a los años 1913-1914. Sólo una vez aprobadas tales asignaturas hace conocer a su padre cuál es su situación. En este engaño, tal vez el único que le hiciera, le había ofrecido toda su fidelidad. Iba a cumplir entonces 27 años, un decenio mayor que sus compañeros en dicho Curso de ampliación, cuyas características, así como las de las clases de anatomía del doctor Batllés y Bertrán de Lis, han quedado finamente descritas en el primer volumen de la Obra Completa de Josep Pla, el famoso *Quadern Gris. Un dietari*, quien las cursó cuatro años más tarde.

Luis Barraquer Roviralta mudó totalmente su actitud ante la de entrega de su hijo. Se convirtió en su mejor, en su constante maestro y a su lado y con su ayuda, Luis Barraquer Ferré completó los siete años académicos de medicina en sólo tres, estudiando y examinándose inviernos y veranos. Algunos compañeros, Salvador Goday, Santiago Dexeus, Jacinto Vilardell, singularmente este último, le siguieron en mayor o menor parte por esta senda esforzadamente abreviada. Durante el primer curso tuvo que ir liquidando, además, su negocio de venta y distribución de vinos». ⁴⁷¹

Barraquer Ferré se encontraba muy vinculado a su padre no sólo por el amor filial, sino por el respeto y afecto del discípulo al maestro, en este caso de carácter «impregnado de cierto aire de tristeza o irritabilidad» como dice B. Bordas⁴⁷² por lo que el mismo autor hace notar la «tensión interior en que debía vivir por entonces L. Barraquer Ferré. Sin madre desde los tres años, se sentía profundísimamente vinculado a su padre, con el que le unía un afecto amoroso que hay que haber conocido para poderlo calibrar. Afecto amoroso, pues, sumamente vivo en intensidad y de cualidad muy personal, según su estilo, pero afecto cuya expresión práctica, muchas veces cálida y fácil, se hacía difícil en algunas ocasiones, por los factores que ya hemos entrevistado». «Entretanto, Luis Barraquer Ferré ha construido su propia vida en el terreno particular. En 1921 se ha casado con Edelmira Bordás de Ferrer, a quien había conocido y tratado inicialmente en casa de su tío, don Salvador Andreu, con ocasión de la enfermedad de su hijo mayor, atendida por su padre y por él mismo, y para cuya orientación se trasladó a Barcelona el maestro Babinski».

«En julio de 1928, pocos meses antes de la muerte de L. Barraquer Roviralta (octubre de 1928), nacerá la hija Monserrat, acogida con la natural alegría. Barraquer Ferré es intensamente feliz entonces al contemplar su hogar y las satisfacciones que su padre encuentra en él.

Luis Barraquer Ferré dedica emocionadamente un ejemplar de su obra de 1923 a su padre, maestro y amigo, quien le expresa su profunda satisfacción y le comenta que él a su edad no hubiese sido capaz de hacerlo. El hijo acepta agradecido el cumplido pero sabemos que no lo hace más que aparentemente, ya que para él su padre hubiese sido capaz de algo superior en análogas condiciones. Cuando en la década de los cuarenta, es su hijo quien prepara sus primeros trabajos, es entonces cuando Luis Barraquer Ferré le afirma, entonces sí, según él, plenamente convencido, que por su parte no hubiese sabido desarrollarlos a su edad. La anécdota es importante, pues traduce algo muy ahincado en el mundo personal de L. Barraquer Ferré. El se considera un eslabón entre dos generaciones muy distintas a las que acepta servir y enaltecer con entrega total».⁴⁷³

Su formación la realizó exclusivamente con su padre, —a quien con frecuencia califica de maestro y amigo—, en el Hospital de la Santa Cruz, como afirma el mismo Barraquer Ferré⁴⁷⁴: «Aquel rincón del conocido patio del Hospital donde durante toda la vida profesional de mi maestro y la mocedad y juventud mía, pasamos las mañanas obser-

vando enfermos y añadiendo a la clínica las enseñanzas de las necropsias», y también señala Ruiz-Lara⁴⁷⁵: «Luis Barraquer Ferré no ha conocido más maestro que su padre». «Acabada la carrera, se coloca junto a su padre, siendo nombrado médico interno del Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Cruz en el año 1920 y posteriormente médico ayudante. Hasta el año 1928, aprende de su padre lo que ha de ser el sello peculiar de la escuela neurológica de los Barraquer: la tendencia a lo objetivo, a la clínica práctica y al diagnóstico precoz».

Al año de morir su padre (1929) es nombrado director del Servicio de Neurología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, refiriendo Ruiz Lara cómo «unos años antes, en 1925, se había hecho cargo de la dirección del Servicio de Neurología del Instituto de Santa Madrona» y que: «en 1931 es nombrado por méritos científicos académico corresponsal de la Real Academia de Medicina de Barcelona. En el año 1932 es elegido director del cuerpo facultativo de la Asociación de Prensa de Barcelona. En el mismo año es nombrado vocal de la junta de gobierno del Cuerpo Facultativo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo y de la Sociedad de Oto-neuro-oftalmología de Barcelona. En el año 1955 es señalado para el cargo de presidente de esta última sociedad. En 1956 es nombrado vicepresidente de la Asociación de Neuropsiquiatría de Barcelona».⁴⁷⁶

Fue también el primer presidente de la Sociedad Española de Neurología y cofundador de la misma, miembro de honor, a título extranjero, de la Sociedad Francesa de Neurología y Miembro correspondiente de la Sociedad Médica de los Hospitales de París. Desde 1951 fue académico de número de la real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, versando su discurso de recepción sobre el *Origen y evolución de algunos temas de Neurología*⁴⁷⁷ y siendo contestado por don Agustín Pedro-Pons.⁴⁷⁸ En los años siguientes, fue nombrado miembro correspondiente de la «American Academy of Neurology» y de la «American Neurological Association».

Respecto a su carácter y personalidad, parece ser que también era sencillo, aunque menos serio que lo fue su padre, con «excelente sentido de humor» y «sana naturalidad y sentido mesurado» dirá Ruiz Lara;⁴⁷⁹ y Rodríguez Arias se refiere a él como «amigo fraterno y colaborador en quebrantos y logros» «modesto y cordial, bien que dotado de espíritu aleccionador y humorista, intolerante en sus convicciones básicas, supo captarse la simpatía y el cariño de los compañeros y del público con una prestancia digna de loa». También en este

terreno, es el hijo (Barraquer Bordás) quien da una visión más profunda de la personalidad de su padre: «Conociendo como conocemos ya los grandes rasgos de su biografía, ya podrá suponerse que ello estaba íntimamente ligado a su manera de ver y sobre todo de sentir a los demás, a los otros, y de sentirse a sí mismo. Los rasgos dominantes de esta visión y de este sentir eran: la propensión a la tensión ansiosa –latente desde su infancia, subrayada cuando la muerte de su padre, exacerbada cuando la de su esposa–; la noción de que en la formación del carácter y de las aptitudes tiene un peso decisivo lo constitucional, tomando este vocablo en el sentido de lo congénito, de lo heredado; un considerable escepticismo, por tanto, acerca de las posibilidades de corregir las desviaciones de los demás; la angustia ante la discrepancia vivida, y –como paradójicamente– pero clarísima y taxativamente y muy en primer término la confianza «a pesar de todo», en el otro o si más no, el respeto comprensivo hacia él, lo que, junto a su irrevocable creencia en la libertad propia y ajena –por condicionadas que las viera y sintiera– y a su honradez y sencillez cabales y profundas, totalmente espontáneas, acababa de informar decisivamente las bases de sus relaciones interpersonales». «... fue siempre un hombre respetuoso con todo pluralismo, mientras no afectara la libertad de los demás. Importa, en efecto, señalar la gran realidad de este respeto, tan sólo en apariencia paradójicamente asociado a su tensión ante la discrepancia, cuando era enfrentado con ella. Su honradez, sus creencias, su piedad, su caballerosidad, transpiraban todas las notas básicas de sencillez y espontaneidad, tan propias de su manera de ser.

En el ámbito médico, el respeto y aún más la atención a las opiniones ajenas, le permitió enriquecer sus conocimientos y actitudes sin cesar, hasta el fin de sus días. Es muy indicativo en este sentido que una y otra vez proclamara cuántas cosas había aprendido de sencillos médicos de cabecera, a veces rurales, en consultas a las que él era llamado como autoridad.

En sus últimos años, la presencia de un gran número de colaboradores jóvenes en su Servicio, concertó un clima de apertura que permitió constatar a fondo su capacidad de renovación, su amor al aprendizaje inacabable.

El 20 de junio de 1954 reunió a sus colaboradores y a las esposas de los mismos en su finca «Casa Monserrat», de Sant Climent del Llobregat, al propio tiempo recibió allí el homenaje de ellos. Fue una fecha feliz e íntima, que siempre recordó. Tal finca había sido adquirida en 1922 por su padre y a partir de aquel año concentraron ambos

en ella los cuidados nacidos de su ya reiteradamente aludido afecto a aquel lugar. Allí murió el 12 de Octubre de 1928 Luis Barraquer Roviralta, cuyos restos descansan en el cementerio parroquial, y a ellos se unieron luego los de su nuera Edelmira Bordás (en noviembre de 1938) y finalmente los de nuestro biografiado, al fallecer éste el 21 de Febrero de 1959.

Durante toda su vida sufrió periódicamente intensísimas algias abdominales, ligadas a espasmos funcionales de colon, llegando a perder el sentido y a sufrir vómitos fecaloideos. Esta dimensión somática de sus sufrimientos debe estimarse ligada a la propensión a la tensión emocional, ya suficientemente señalada. El mismo previó que si le ocurriera un episodio de este tipo siendo anciano, probablemente moriría de él. Murió, en efecto, colapsado en el curso de cuadro análogo (imposible asegurar que fuera de idéntica naturaleza) al iniciar la convalecencia de una bronconeumonía severa y en régimen, desde hacía unas semanas, de ritmo idioventricular por bloqueo completo.

Hasta el mismo mes de febrero, hasta la misma tarde en que se sintió enfermo, siguió visitando sus enfermos, en el Servicio de Neurología del Hospital (del que era director emérito, pues en Junio de 1957 había sido jubilado en la dirección efectiva por cumplir la edad reglamentaria) y en su consulta privada. Hay varias historias escritas personalmente por él de estos últimos días.

Y hasta pocas semanas antes prosiguió en Sant Climent cultivando sus aficiones más queridas, las que había aprendido también al lado de su padre: la caza (a su edad andaba casi como un mozo y eran sus compañeros los nietos de los que lo habían sido años atrás) la vida al aire libre, el cuidado de la «Casa Montserrat» y la cría de las palomas mensajeras». «El amor de los suyos, la amistad de las gentes de Sant Climent, el afecto de sus colaboradores y el de sus enfermos, fueron los premios que más valoró. Los que, junto a sus esfuerzos y a los frutos de los mismos, fueron tejiendo la trama de su vida».

«La dimensión social de su vida fue escasa. Vivía absorbido por el hospital, su consulta, su vida familiar, sus lecturas —esencialmente neurológicas— y sus aficiones, ligadas como hemos visto a su finca de Sant Climent del Llobregat. Nos referimos, pues, a que fue corta la dimensión «social» de su vida, entendida la palabra social en el sentido mundano, aún en el desprovisto de acepciones peyorativas. Lo que sí fue importante es la dimensión social de su vida y de su obra en lo que hace referencia a los frutos humanos y científicos de su labor.

Políticamente fué un hombre de derechas moderadas, enemigo

de toda intransigencia, crispado frente a cualquier extremismo de izquierdas o de derechas —que antes que otra cosa consideraba como estulticias—. Amante de Cataluña, de su idiosincrasia y de su idioma, fue autonomista y a esta orientación dio su voto con alegría no exaltada, pero sí muy franca, cuando los comicios correspondientes, según recuerda uno de nosotros. Políticamente fue, por tanto, en suma, un hombre que seguía la «Lliga Catalana», habiendo tratado personalmente a don Francisco Cambó, por cuyo talento —actualmente bien proclamado a los veincinco años de su muerte— sentía una profunda admiración. En otro orden de hechos fue también un admirador de su primo, el cardenal F. Vidal y Barraquer, sobre todo de su capacidad para escuchar y de su tacto.

Ahora, a los trece años de su muerte, puede ya comenzarse a trazar la significación histórica de la figura de L. Barraquer Ferré. Podemos decir, ante todo, que fue esencialmente lo que esencialmente quiso ser: El vehículo adecuado para que la obra de L. Barraquer Roviralta fuese conocida, admirada y perdurable. Pudo vivir el gozo de ver plenamente cumplida esta misión que se irrogó. Y, además, para que fuese perdurable la obra de la Escuela por su padre fundada, fue necesario y obtuvo el nacimiento a su alrededor de nuevas vocaciones neurológicas, adaptadas además a los signos sucesivos del devenir de las épocas. Las vocaciones fueron naciendo sólidas, pero diversificadas en su matiz, entroncadas a las líneas directrices del desarrollo de la Neurología. Así se ha ido constituyendo la Escuela que se agrupa alrededor de la enseña que son el nombre de su padre y el suyo propio».⁴⁸⁰

Obra

Barraquer Ferré realizó una obra docente y otra bibliográfica, ambas importantes. La primera la ejerció en su calidad de continuador en la dirección de la escuela neurológica del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, iniciada por su padre y maestro Barraquer Roviralta. Exponente de esta actividad docente fueron los numerosos discípulos que allí se formaron: Gresa, Corachan Lloret, Ignacio de Gispert, Castanyer, B. Bordás, Aliberch, Grau, Carulla, Alaman, Torruella Pausas, Oriol, Torra Parera, Casellas, Torruella Font, Marí, Bea, R. Pigem, Cañadell, González Mancus, Bassols, Vila Badó y Ruiz Lara.

Esta actividad docente la realizaba no sólo con la convivencia diaria en la clínica, sino mediante cursos programados, a los que

titulaban «Cursos de Neuropatología, Electroterapia y Electrodiagnóstico».

Su obra escrita quedó plasmada en libros y en artículos, siendo el primer autor español que publicó libros sobre tema exclusivamente neurológico en el sentido moderno de la palabra. Dedicaré por ello un primer apartado a éstos, comentando a continuación sus artículos publicados en revistas.

1.º) Libros

Luis Barraquer Ferré publicó cuatro libros.

El primero, titulado *Elementos de Neuropatología*⁴⁸¹ se publicó en 1923, tiene 126 páginas, y constituye una recopilación de algunos trabajos y casos clínicos previos. Consta de ocho capítulos: la médula, exploración clínica, el encéfalo, nervios craneales, nervios raquídeos, neurosífilis, la neurastenia, signos y síndromes principales de las enfermedades nerviosas.

En el primer capítulo, el de la médula, estudia la organización, vías, semiología general, afecciones típicas medulares y topografía vertebroradicular. Le dedica 13 páginas.

En el de la exploración clínica, expone la semiología y bases morfofuncionales de los reflejos, arcos reflejos y centros de los mismos, electrodiagnóstico y cronaxia de los músculos, por espacio de 15 páginas.

El tercero consagrado al encéfalo, consta de otras 15 páginas dedicadas a las localizaciones cerebrales, tumores del encéfalo y su sintomatología, síntomas focales y síndrome cerebeloso. También describe sucintamente los síndromes topográficos cerebrales (frontal, parietal, etc.), los estriados, hipofisarios, etc. Muy interesante es el dedicado a la anatomía, función y semiología de los nervios craneales, el más extenso con 20 páginas. En el de los nervios raquídeos, además de la anatomía patológica y semiología de sus afecciones, describe el síndrome ciático. Respecto a la neurólues, se muestra partidario del tratamiento intrarraquídeo.

En el séptimo se ocupa de la etiología, patogenia y clínica de la neurastenia, y en el último cita alfabéticamente 51 signos y síndromes neurológicos.

Acerca de este libro, dice su hijo Barraquer Bordas: «En 1925 publica ya una monografía titulada *Elementos de Neuropatología*, en la que el autor toma este último término en la acepción que años más

tarde mantendrá sir Francis Walshe, esto es, como expresión de la patología clínica del sistema nervioso. Es una obra de 126 páginas, bellamente editada en los Talleres Gráficos Oliva de Vilanova, por el Instituto de la Mujer que trabaja, organismo de la Caja de Pensiones para la Vejez y de Ahorros, gracias a la decisión de quien fue director y alma de la misma, el señor don F. Moragas Barret. En una cuartilla de presentación, el profesor Pierre Marie señala la originalidad de la exposición, de la misma concepción y distribución general de la obra en la que el autor procura exponer, abreviadamente y como en visión panorámica, los rasgos generales y los detalles que le parecen más decisivos de la clínica de las enfermedades del sistema nervioso tal como él la ve entonces. Tales directrices de visión de conjunto, cuidado perfil de los rasgos sobresalientes o decisivos y sentido práctico van a ser líneas capitales en todo el quehacer publicitario y expositivo de Luis Barraquer Ferré».⁴⁸²

En 1932 publica una monografía: *Tumors del sistema nerviós*,⁴⁸³ de 43 páginas y 16 figuras, acerca de los procesos expansivos intracraneales. En esta monografía se ocupa principalmente del síndrome de hipertensión intracraneal y de la sintomatología clínica de los tumores cerebrales.

En 1952, publicó un libro de características similares al primero: *Estudios de Neurología Clínica*⁴⁸⁴ aunque de mayor envergadura e importancia. También está constituido por diversos artículos publicados con anterioridad en varias revistas. No nos detendremos en él por salirse de los límites cronológicos de nuestro estudio.

Importantísima, en cambio, es la publicación del gran *Tratado de enfermedades nerviosas* por Luis Barraquer Ferré, Ignacio de Gispert Cruz y Emilio Castañer Vendrell, en 1936.⁴⁸⁵ Auténtico *Quijote* en la neurología española, representa el mejor exponente de la consolidación de esta especialidad en nuestro país. Consta de dos tomos de más de mil páginas cada uno; fue prologado por Pierre Marie y representa un gigantesco esfuerzo en pro de la neurología. La bibliografía consultada es prácticamente exhaustiva; los casos personales se exponen con claridad y estudio acabado, siendo abundante la aportación original de los autores, especialmente Barraquer. Mi opinión es que se trata de uno de los mejores tratados de patología del Sistema Nervioso, y aún hoy día –pese al desarrollo de la especialidad– es un libro muy útil en varios de sus capítulos, constituyendo una de las mejores obras científicas del país. Se ocupa extensamente del sistema neurovegetativo y de sus lesiones, tema preferente de sus autores, si bien trata sobre

toda la patología neurológica conocida en la época. Barcia Goyanes⁴⁸⁶ le califica como: «único de autores españoles, mantiene dignamente el parangón con los mejores extranjeros» y Rodríguez Arias⁴⁸⁷ dice: «El tratado de Barraquer, Gispert y Castañer constituye un adecuado exponente de legítima Escuela Neurológica donde se aprovechó la casuística y la iconografía ejemplares de los Barraquer» y más tarde, ciñéndose a la obra de Barraquer Ferré: «escribió un excelente texto sobre enfermedades del Sistema Nervioso».

Respecto al Tratado, dice Barraquer Bordas: «Por otro lado, al final del período que nos ha ocupado, nos encontramos con algo que marca un verdadero hito en la vida de Barraquer Ferré, en la actividad de su Escuela y en la misma historia de toda la neurología escrita en castellano. Nos referimos a la aparición del primer tomo del *Tratado de Enfermedades nerviosas*, redactado con la colaboración de I. de Gispert y E. Castañer Vendrell, bellamente editado por Salvat cuyo segundo tomo aparecerá en 1940. Escribir este libro fue para Barraquer Ferré una hermosa obsesión, una incitante, aunque dura aventura. Lo metió y concibió en pocos años y puso en seguida manos a la obra, obteniendo, gracias a su ya bien ganado prestigio, la aceptación editorial de la casa Salvat (doctor Valero). Contaba con la reconocida erudición y capacidad de escritura de I. de Gispert y con la ayuda de E. Castañer, pero él mismo debió entregarse sin descanso a la tarea de preparar y redactar personalmente más y más capítulos del original. Los escribía a mano, los hacía poner en limpio dactilografiados y los retocaba con letra e indicaciones claras y perfectamente legibles, con unos rasgos de escritura que tenían mucho de la elegancia y el oficio de sus años de preparación para tareas comerciales. Así trabajó meses y meses, feliz en su consumirse creador. Era para él un gran gozo ir a presentar, con propósitos de Escuela, el primer Tratado de Neurología originalmente escrito en lengua castellana».⁴⁸⁸

Dos características negativas vemos en este –por muchas razones excelente– Tratado. Una es su escasa sistematización dentro de los capítulos. La otra es cierta sobrecarga de citas de opiniones de autores. Ambas eran características generales de la época y por tanto disculpables.

La recopilación de cuanto se expone en el tratado en relación con la neurología española nos lleva a caer en repeticiones. Sin embargo, haremos cita de los trabajos realizados por españoles que aparecen en el Tratado por considerar que contribuyen al acervo neurológico del país. Recoge Barraquer las siguientes aportaciones:

El estudio realizado por Federico Ontiveros de un caso de parkinsonismo, por intoxicación por láudano de Sydenham, y otros estudios sobre la encefalitis.

Las experiencias de Prados, lesionando el cuerpo calloso en animales sin obtener, —en casos— apraxia.

Un caso de fractura-luxación de las 3 primeras vértebras cervicales, con sintomatología neurológica, estudiado con Ribas y Ribas, y tratado con éxito.

La hipótesis de Barcia Goyanes de relacionar la neuritis óptica retrobulbar con la esclerosis en placas.

Los trabajos de Villaverde, Vallejo Nájera, Tapia, y Palanca, Bastos, Viura, Paulis, Barraquer, Goday y Martínez García en la poliomiélitis.

Las experiencias de Bordas, quien había hallado un alcaloide especial en la orina de un enfermo con miotonía de Thomsen.

Los tratamientos preconizados por Bosch Avilés en el tétanos, a base de dosis altas de suero antitetánico, señalando el propio Barraquer buenos resultados.

La descripción por Barraquer, Cardenal y Castellá de un caso de cisticercosis cerebri.

La descripción por Viura y Carreras, en 1917 de la evolución de un foco poliomiéltico epidémico.

Los trabajos de Lassala, Viñales y Castresana en la Siringomielia.

Los de Gispert y Corachán Llorca en la aracnoiditis medular.

El estudio de un tumor gigante frontal sin trastorno psíquico por Gispert y Corachán Llorca, y de los tumores del cuerpo calloso por Barraquer, Gispert y Corachán Llorca.

Los estudios de Villaverde sobre la narcolepsia.

Los trabajos de Gispert sobre la importancia pronóstica que tiene el estudio cuidadoso de los trastornos tróficos en la polineuritis; sobre la compresión medular, describiendo «formas parapléjicas oligosintomáticas» sin nivel sensitivo (1934); sobre la esclerosis en placas y otros que citaremos al exponer la obra de este neurólogo.

El caso relatado por Gómez de edema angioneurótico a raíz de intoxicación por sales de oro.

Las investigaciones de Gómez Ferrer sobre la distribución geográfica de la poliomiélitis en la región valenciana entre 1893 y 1913.

La descripción de Gómez Aguilar de los tumores raquídeos «en reloj de arena».¹⁹²⁹

Los estudios de González Álvarez sobre la enfermedad de Raynaud de los niños.

Los de Jaso Roldán en la acrodinia.

La observación realizada por Corachán Llorca acerca de la aparición de somnolencia súbita al aproximarse quirúrgicamente al infundíbulo.

La utilización con éxito de la vía transesfenoidal para abordaje de la hipófisis por Puig Sureda.

Los estudios de Barraquer Roviralta sobre lepra, atetosis, etc.

Los trabajos de Pedro Pons, Lafora, Bustamante Domínguez y Orlando sobre la esclerosis combinada subaguda de la médula.

La publicación de Echevarría sobre «El matrimonio y la herencia epiléptica» con gran estadística y manteniendo la influencia hereditaria en esta enfermedad.

La observación de López Albo acerca de tres casos de luxaciones de hombro durante la crisis comicial.

Los trabajos de Escuder-Núñez sobre la parálisis periódica familiar.

La descripción por Fernández-Sanz de algún caso de amiotonía congénita con trastornos mentales como irritabilidad e inatención.

La frecuente coincidencia de algunos tumores intrarraquídeos como los fibrolipomas, con espina bífida, señalada por García Aguilar.

La publicación por Rodríguez Arias de un caso de enfermedad de Barraquer (1927).

La opinión de Rodríguez Arias de señalar como constante un ligero aumento de la glucorraquia en los parkinsonianos.

La descripción de casos de enfermedad de Wilson de larga evolución, por Rodríguez Arias.

La presentación en la X Reunión Internacional de París, por el mismo autor, de un trabajo acerca del espasmo de torsión.

La presentación por Roig Raventós (1935) en la Academia de Medicina de Barcelona de «un caso infantil de enfermedad de Barraquer».

Los trabajos de Sánchez Covisa en la esclerodermia.

La observación por Subirana de la asociación de angiomas cutáneos con angiomas cerebrales (síndromes neurocutáneos).

El estudio de Sainz de los Terreros de la enfermedad vacunal.

La intervención quirúrgica con éxito de un absceso cerebeloso de origen ótico, referido por Bigas, Suñé Medán, Corachán y Barraquer.

Los tratamientos de Nóvoa Santos para la epilepsia con inyeccio-

nes de una emulsión de sustancia cerebral en disolución de luminal sódico.

Los estudios de Lafora: descripción de la esclerosis combinada subaguda,iringomielia, y tabes. Utilización del extracto de túbérculo cinereum en el tratamiento de la miastenia, descripción de lesiones neuríticas del cubital en la enfermedad de Dupuytrien, investigación sobre la fisiología de la región infundibulo-tuberiana la que excitaba, provocando accesos hipersónicos; las experiencias (junto con Prados) lesionando la rodilla del cuerpo calloso obteniendo apraxia limitada a las extremidades superiores, lesionando la mitad anterior apraxia en extremidad superior e inferior (anterior y posterior) y con la resección de la mitad posterior apraxia de las extremidades inferiores; la semiología de la bradicardia en el síndrome de hipertensión intracraneal, que la relaciona con los grandes tumores hemisféricos y la utilización del bismuto intrarraquídeo como antilúético.

Los estudios de Covisa, Chavas, Sainz de Aja, Vallejo Nájera, Rodríguez Arias y Pons Balmes en la parálisis general progresiva.

La descripción por Ley de un caso de mielitis necrótica subaguda caracterizada por algias iniciales lumbosacras, así como sus estudios sobre la encefalitis coqueluchoidea y la descripción de mioclonias faringolaringeas en un neurinoma de la región laterobulbar.

Las publicaciones de Sáiz de los Terreros y Ramírez, de Bourneville.

Las observaciones de Maraón en la enfermedad de Barraquer: elevado metabolismo basal y curva diabetoide, por lo que sería debida a lesiones en hipófisis y tiroides.

La descripción de un caso de enfermedad de Werdnig-Hoffman por Mas Collel y su diagnóstico diferencial con la amiotonía congénita.

Los estudios de Vallejo Nájera de la tabes, y su tratamiento (entre otros) con zarzaparrilla.

La relación –señalada por Villaverde– de la enfermedad de Dupuytrien con proceso trófico postneurítico.

Los estudios de Villaverde sobre la poliomiелitis, iringomielia, epilepsia estriada, narcolepsia y síndrome talámico.

El estudio –por Amat Bagues– de la meningitis cerebroespinal epidémica.

La denominación de «reflejo celiocardíaco» propuesta por Bañuelos y Molleda al reflejo vegetativo que hoy día conocemos como de Goltz.

Las aportaciones de Tolosa en la enfermedad de Raynaud, y la observación por el mismo autor de un caso de apraxia con lesión parietal derecha (no dominante).

La presentación por P. Torruella y Barraquer (1929) de un caso de meningitis suéica.

La descripción por Barraquer y Torruella de cómo las cardiopatías pueden determinar hemiplejias, afasias y crisis epilépticas. (*Hemiplejias y afasias transitorias de las cardiopatías*, 1934).

Los estudios de Viñales y Castresana de la siringomielia.

Todo lo mencionado es recopilado, citado y glosado por los autores del tratado.

2.º) *Artículos de revistas*

La obra de Barraquer Ferré divulgada en las revistas de la especialidad es verdaderamente amplia. Rodríguez Arias dice al respecto: «contribuciones nuevas, sobre sintomatología de los lóbulos frontales, electrodiagnóstico en la poliomielitis, etiopatogenia de las polineuropatías, naturaleza orgánica de las epilepsias...» «...la mayoría de capítulos de la Neuromedicina, sin descontar lo quirúrgico inherente a la misma, ha recibido una pincelada singular de manos del segundo de los Barraquer neurólogos». Sobre el mismo tema, dice Ruiz Lara: «Sus aportaciones en el campo de la poliomielitis se sintetizan en valorar como síntoma diagnóstico precoz la pérdida de la reacción farádica y el haber insistido, ya en el año 1932, en las posibilidades del suero de convaleciente en el tratamiento de esta afección». También cita este autor las aportaciones de Barraquer Ferré en la epilepsia, signo del abanico, marcha en círculos, interpretación del reflejo de Barraquer, papel de los lóbulos frontales en el equilibrio, histeria, enfermedad de Barraquer, siringomielia, polineuropatía arsenical, enfermedad de Charcot-Marie y compresión medular.

Por mi parte, he clasificado su obra en los apartados de:

a) *Lipodistrofia cefalotorácica* (enfermedad de Barraquer).

Cuatro trabajos –al menos– publicó Barraquer Ferré acerca de la enfermedad que describiera su ilustre padre; uno en Alemania en el *Zentralblatt für die Gesamte Neurologie und Psychatrie*⁴⁸⁹ otro en La Presse Médicale francesa.⁴⁹⁰ y dos en España.^{491 492}

En ellos describe el cuadro clínico e indica la ausencia de trastor-

nos tróficos en la piel y la normalidad en la excitabilidad eléctrica de los músculos. Más que una enfermedad lo considera un síndrome «y como tal puede ser debido a múltiples causas». Su opinión es que en la mayoría de los casos sería debido a un desorden de la función hipotalámica, de probable expresión endocrina.

b) *Procesos expansivos intracraneales*

Siguiendo la trayectoria de la escuela, Barraquer Ferré se interesó por los procesos expansivos intracraneales, sugiriendo la exploración quirúrgica de algunos de ellos, razón por la que estos artículos van firmados también por el eminente cirujano Corachán Llort, quien realizó varias intervenciones con éxito.

Se ocupó Barraquer de los tumores del cuerpo calloso, de los que expone la sintomatología, presentando un caso en el que a pesar del minucioso estudio clínico no logró llegar al diagnóstico (*Contribució a l'estudi dels tumors del corp callos*);⁴⁹³ de los tumores del ángulo, refiriendo junto con Corachán un meningioma intervenido con éxito.⁴⁹⁴ Colaboró con su padre en el trabajo *Lesiones de compresión encefálica*⁴⁹⁵ ya comentado, y publicó otros dos sobre la terapéutica descompresora^{496 497} donde refiere algunos casos de procesos expansivos y de epilepsias cicatriciales tratados mediante descompresivas. En estos últimos casos, cree que la intervención está indicada cuando haya espina local traumática o cicatricial post-infectiva, aún en aquellos casos poco localizables.

c) *Procesos raquimedulares.*

Publicó Barraquer en Alemania, en 1936, un excelente trabajo sobre lairingomielia, y la problemática del factor hereditario en la misma. Estudia una familia donde aparecen cinco casos y hace mención de otros ocho ya fallecidos. En su opinión, la herencia sería de tipo dominante.⁴⁹⁸

También se ocupó de los procesos expansivos medulares, siendo intervenido algún caso por Corachán,^{499 500} así como de las lesiones traumáticas de la médula y nervios periféricos, en sendas conferencias pronunciadas en el curso de traumatología del doctor Boch Avilés en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, y publicadas la primera en los Anales⁵⁰¹ y ambas en un folleto,⁵⁰² en 1928. En ellas expone la anatomía, tipos de lesiones con su anatomía patológica, etiología, sintomatología, pronóstico y tratamiento de las lesiones.

Insiste en la importancia del diagnóstico topográfico.

Sobre los procesos raquídeos, hemos recogido su trabajo *Algias paravertebrales*⁵⁰³ donde estudia la neurodocitis, epifisitis vertebral juvenil y espondilolistesis como causantes de algias, documentándolo con las radiografías oportunas.

d) *Procesos neuromusculares.*

Fue este uno de los temas predilectos de Barraquer Ferré. Dentro de él, comentaré dos casos de atrofia de Charcot-Marie publicados como tal, y otro de dudoso diagnóstico, que pudiera corresponder al mismo síndrome.

Titula los primeros *Sobre el diagnóstico de la amiotrofia de Charcot-Marie en la infancia* y *Contribución al estudio de las atrofas musculares*. En el primero,⁵⁰⁴ presenta un caso de Charcot-Marie en un muchacho de 9 años, realizando el diagnóstico diferencial especialmente con la polio; en el segundo, describe el caso de un adulto, con las lesiones histopatológicas correspondientes, y discutiendo también el diagnóstico diferencial, para lo que presenta numerosas fotografías de diversos tipos de atrofas, pertenecientes –en su mayoría– a la colección de su padre.⁵⁰⁵

El caso dudoso lleva por título *Sobre una forma de amiotrofia de distribución particular*.⁵⁰⁶ Refiere un caso bien estudiado de probable Charcot-Marie, y –como en los anteriores– demuestra su profundo conocimiento de la patología neuromuscular al realizar una exposición de las características de todos los tipos de atrofas conocidos en aquella época.

e) *Procesos inflamatorios.*

Dentro de este grupo publicó Barraquer sobre las neuroaxitis, la poliomyelitis y la neurobrucelosis.

Respecto a las neuroaxitis, presentó tres casos clínicos en un primer trabajo⁵⁰⁷ en el que insiste en la necesidad de hacer el diagnóstico diferencial con otras enfermedades sistematizadas del neuroeje, así como de practicar análisis de L.C.R. completo y si se precisare, examen eléctrico, estudio radiográfico simple y mielografía, como hace él mismo. Atribuye estos cuadros a infecciones neurotropas.

En un segundo trabajo,⁵⁰⁸ sistematiza las neuroaxitis en tres grupos:

- 1.º Forma radiculoneurítica de extremidades (preferentemente

en extremidades inferiores), con participación de nervios craneales.

- 2.º Forma medular ascendente, bien de manera continua progresiva o bien a brotes, saltando tramos del tronco cerebral.
- 3.º Forma combinada polineurítica con participación medular de altura variada.

Presenta también un nuevo caso, y se reitera en la etiología vírica.

Respecto a la poliomielitis, se interesó especialmente en la terapéutica, bien por medio de la sueroterapia⁵⁰⁹ a la que concede escaso valor, bien por la fisioterapia,⁵¹⁰ o por otros métodos.⁵¹¹

En cuanto a la neurobrucelosis, publicó un estudio muy completo sobre la sintomatología clínica de esta afección, relatando un caso de quiste aracnoidítico melitocócico D10 - D12, intervenido por Corachán Llorit con éxito, y exponiendo el resumen de otro caso de idéntica etiología.⁵¹²

f) Fisiopatología de los lóbulos frontales.

El interés de Barraquer por este tema parece que arranca ya de su juventud, pues él mismo refiere observaciones tempranas.⁵¹³ Dice el segundo miembro de la ilustre dinastía neurológica:

«Estando un día con mi padre y maestro Luis Barraquer Roviralta en un palomar que teníamos destinado al estudio de la degeneración del Sistema Nervioso periférico apareció un gato persiguiendo las palomas. El gato fué herido por un balín de nuestra escopeta de salón en la frente, e inmediatamente el animal, intentando huir, no pudo avanzar en línea recta, sino que su marcha, lentamente progresiva, se componía de una serie de círculos cerrados ejecutados siempre en el mismo sentido. El trastorno motor del animal era tan profundo que al llegar junto al borde del tejado en el que estaba nuestro palomar me vi obligado a detenerle para impedir que se cayera de modo forzado de toda la altura del edificio. Cuán distinta era su actitud de la del gato normal, cuya pericia en estos trances es bien conocida. El animal no mostraba, por otra parte, signo alguno de paresia, siendo verdaderamente insignificante, verdadera puntura, su lesión cerebral frontal».

Esta marcha en círculos que describe Barraquer, habían de confirmarla más tarde Austregesilo y Borges y Delmas-Marsalet y Ectors. Barraquer Ferré siguió investigando sobre el tema y demuestra que la puntura del polo frontal en el gato determina una marcha en círculos,

que el cerebro de las palomas mensajeras posee un lóbulo frontal más desarrollado que las no mensajeras, que las mensajeras heridas con un estilete en el polo frontal no vuelven a su palomar, y que los conejos con lesiones similares no encuentran su madriguera. Concluye –lógicamente– que la orientación y quizás equilibrio tienen un control superior frontal.

Estos trabajos y experiencias fueron publicados en Barcelona⁵¹⁴ y en París,⁵¹⁵ estudiando en este último –además de la patología mencionada–, la ataxia frontal, la desorientación, la epilepsia adversiva premotora y los trastornos psíquicos.

Sobre este mismo tema, publicó ulteriores trabajos, también en Francia⁵¹⁶ que sobrepasaron los límites cronológicos de este estudio.

g) *Reflejo plantar patológico.* (Reflejo de Barraquer)

También en varios países publicó Barraquer los estudios que realizó sobre el reflejo que describiera su padre. Primero en España y Francia (*contribución al estudio de la técnica de producción y semiología del reflejo plantar patológico* y *Sur la technique de production et valeur semiologique du réflexe plantaire*, respectivamente)^{517 518} y más tarde en Alemania (*Zur Technik der Auslösung und zur Bedeutung des pathologischen Plantarreflexes*).⁵¹⁹ En ellos indica que el reflejo de prehensión forzada del pie se produce en lesiones altas, córtico-capsulares y no en las bajas. Describió también la inversión del signo de Gordon (flexión brusca del dedo gordo al comprimir la masa muscular de la pantorrilla), observando que esta inversión no se da «nunca en sujetos que tengan la normalidad fisiológica».⁵²⁰

Aunque Barraquer Roviralta –primero en describir este reflejo– lo relacionó con lesiones piramidales, fueron las observaciones mencionadas de su hijo, las que lo pusieron en relación con las lesiones de las áreas frontales promotoras, lo que –con mayor detalle– expone su hijo Barraquer Bordás «... en un trabajo sobre los reflejos plantares aparecido en la *Revue Neurologique*, L. Barraquer Ferré es el primero en sugerir que el reflejo de prensión del pie aparece siempre ligado a afecciones que interesan el lóbulo frontal. En 1927, Adie y Critchley, en un trabajo que L. Barraquer Ferré no conoció sino años más tarde, habían concluido que, según su experiencia, la lesión responsable del reflejo de prensión de la mano debería hallarse en la porción más elevada de los lóbulos frontales. En 1928, en ocasión de presentar Symonds, bajo el título de *Inervación tónica*, un caso en que la flexión

voluntaria de los dedos de la mano y del pie se seguía de prensión persistente, el mismo Critchley había sugerido la posibilidad de que se tratase de prensión forzada. Pero la indicación de L. Barraquer Ferré era la primera que aparecía como directamente referida a la topografía lesional determinante del reflejo descrito 9 años antes por su padre. Sólo dos años más tarde, en 1932, Brain y Curran dejaban ya sentado el asiento frontal de las afecciones que comportan este reflejo, al cual calificaría el mismo Brain años más tarde (1949) de «Barraquer's reflex», aludiendo a su descripción princeps por L. Barraquer Roviralta». ⁵²¹

b) Síndromes extrapiramidales.

Dos trabajos de Barraquer Ferré comentaremos en este apartado. El primero, sobre el parkinsonismo postencefálico, ⁵²² es interesante por describir el cuadro clínico con gran meticulosidad y por incluir el concepto de las «disfunciones genitales» que «pueden hallarse representadas por una patológica exageración del deseo venéreo» así como las alucinaciones postencefálicas.

En el segundo, ⁵²³ presenta una disquinesia postencefálica del tipo espasmo de torsión. Recuerda un caso publicado por B. Roviralta de atetosis, y concluye que estos cuadros reconocen una etiología múltiple. Describe también la atetosis doble secundaria al tifus y a la encefalitis.

i) Otros síndromes

De diversas entidades patológicas se ocupó el ilustre neurólogo catalán. Citaremos —como trabajos interesantes— sus contribuciones acerca de la paraplejía espasmódica-atáxica familiar, ⁵²⁴ la ataxia tabética aguda, ⁵²⁵ los trastornos urinarios de patogenia nerviosa ⁵²⁶ así como sobre el método de anestesia epidural ⁵²⁷ al que considera indicado en enuresis y poluciones nocturnas muy frecuentes y sobre lo que Barraquer Ferré llamó «Arterioblock», ⁵²⁸ que sería una endoarteritis obliterante generalizada, que se distingue de la enfermedad de Búerger por su evolución rapidísima y fatal. Describe tres casos, exponiendo cómo la intervención quirúrgica descubrió unas arterias sin luz alguna, incapaces en absoluto de cumplir su misión.

Rodríguez Arias, B.

Don Belarmino Rodríguez Arias es otro representante nato de la prestigiosa escuela catalana. Formado –fundamentalmente– en su Barcelona natal y en las brillantes clínicas neurológicas parisinas de comienzos de siglo, no desdeñó –empero– las conquistas de la escuela madrileña y se adentró también en la meseta, para conocer –en sus mismas fuentes– los estudios morfológicos que realizaba el Instituto Cajal y los neurólogos y neurohistólogos en él formados. Aparece pues Rodríguez Arias como neurólogo ecléctico tratando de asimilar cuanto de positivo hay en el grupo central neuro-histológico, pero permaneciendo fiel a las características que hemos señalado para los neurólogos catalanes de principios de siglo.

El mismo afirmará sin ambages la influencia de Lafora: «En mí –por lo menos– influyó sobremanera el ejemplo y el pensamiento aleccionadores de Lafora, como maestro, como hombre, como amigo»²⁵⁹ y en relación con su eclecticismo, dirá: «... Si bien, en mi urbe mediterránea logré polarizar la atención de lo que meritaba el síndrome anatomopatológico»⁵³⁰ y también: «Entusiasta de la proyección universalista –nimbada de ciencia germana– de los vates madrileños del 98 y defensor acérrimo del credo más nuestro»⁵³¹ donde expresa su fidelidad hacia todo lo catalán, pero con una gran consideración hacia lo central, que le enaltece.

En el momento de escribir estas líneas, don Belarmino desempeña con singular celo y asiduidad su cargo de secretario perpetuo de la Real Academia de Medicina de Barcelona, donde tuvo a bien concederme algunas entrevistas en las que pude constatar su lucidísimo criterio, su privilegiada memoria y su envidiable capacidad de trabajo a punto de cerrar la octava década de su fecunda existencia.

En el estudio de su biografía, incluiremos los datos más significativos de su formación científica. Al considerar su obra, la dividiré en tres apartados: Rodríguez Arias como docente, como historiador y como científico.

1.º) *Biografía*

No resulta difícil trazar los rasgos que caracterizan la trayectoria vital de Rodríguez Arias, pues su afición a la historia de la neurología, le ha movido a detallarlos en alguna ocasión, tanto en lo referente al

suceder de su vida, como al de las instituciones neurológicas por él creadas o alentadas.

Nació don Belarmino el 28 de junio de 1895 en Barcelona, «en un idílico rincón ochocentista de la plaza de Molina, de San Gervasio de Cassolas»,⁵³² iniciando el bachiller en 1905 «y proseguirlo (hasta 1911) en el Colegio Balmes de la Escuela Pía»⁵³³

Comienza la carrera en el curso 1911-1912. El mismo dice: «me enseñaron de veras anatomía en «formación acelerada», los profesores Emilio Sacanella Vidal y Manuel Serés Ibars»⁵³⁴ y «salté muy livianamente en convocatoria libre estival dos años (el llamado preparatorio y el segundo). Terminó así el período de licenciatura en 1916». Nada más acabar la carrera, o quizá ya antes, se orienta hacia la neuropsiquiatría. «Mi rumbo científico era sostenidamente mayor en los dominios de la Neuropsiquiatría y Neurología»⁵³⁵ en lo que probablemente influyeron, su padre de un lado, y el ambiente en que se desenvolvía de otro, como respectivamente dice don Belarmino: «Mientras estudiaba en la Facultad, mi padre (Antonio Rodríguez-Morini) que cultivó siempre la «especialidad psiquiátrica», hacía la apología discreta y machacona de la neuropsiquiatría de la época y tal vez –ulteriormente– de la neurología clínica.

Dos profesores muy queridos –fidedignos divulgadores de una enseñanza onerosa– Martín Vallejo Lobón y Jaime Peyrí Rocamora, avivaron en mí comparablemente la afición a las «enfermedades del sistema nervioso» y por sinécdoque de la «neurosífilis». ⁵³⁶ Y en otra ocasión: «Las explicaciones, las críticas –regulares, amables, serenas y enjundiosas– y las noticias, que escuchaba en casa de labios del progenitor y maestro, me capacitaron para orientarme al pronto, con singular llaneza, mientras me instruía, de lo que importaba apreciar en la Facultad de Medicina y su elenco de profesores, ya que se jactaba de contarlos en el círculo de amistades, de lo que significaban y enardecían los debates de una Academia viva, cual la que oye mis palabras, o las tareas de redacción de una revista especializada, la *Revista Frenopática Española*, v. gr., y los quebraderos de cabeza que acarrea la dirección de un establecimiento hospitalario psiquiátrico, el de San Baudilio de Llobregat, por ejemplo». ⁵³⁷ «Paso la licenciatura (8-VI-16) y me brindo yo mismo el líquido cefalorraquídeo de las dolientes que veía, con el fin de idear al momento una Tesis Doctoral.

En Madrid (1916-17) curso las asignaturas exigidas para doctorarse y me reputo discípulo –más que nada– de José M. Sacristán y Gonzalo R. Lafora.

Con la lectura de la Tesis «La reacción de Lange (oro coloidal) en la parálisis general» obtengo el título de Doctor (4-11-18).

Soy nombrado en concurso y sin disconformidad de intenciones o de lapsos, médico del Ayuntamiento de Barcelona (30-IV-18). Presto servicio, eventual, en los dispensarios médico-quirúrgicos.

La Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona y la Societat de Biología de Barcelona fueron el escenario, a la sazón, de mis primeras comunicaciones científicas.»⁵³⁸

Durante su época madrileña Rodríguez Arias fue alumno de la Residencia de Estudiantes, de la calle del Pinar, —que formaba parte de la Junta para Ampliación de Estudios—, durante un año. En esta etapa, convivió con Pío del Río-Hortega, Calandre, Sacristán, Lafora y Negrín. A continuación se traslada a París, y como es norma en la Escuela Neurológica Catalana, recibe la beneficiosa influencia de la pujante neurología clínica francesa. Así lo refiere don Belarmino: «Mi padre, la opinión de Lafora y el entrañable amigo de la infancia Leandro Cervera Astor, me llevaron a visitar París —cabalmente «La Salpêtrière»— para desarrollar mi incipiente formación neurológica. Peyrí me sugirió aún la excursión sifiliográfica en manos del doctor Clément Simon. La tendencia a observar el «liquor» me conduce más privadamente a trabajar junto a W. Mestrezat en el Instituto Pasteur. Discurre el año 1919.

La anormal epidemia de encefalitis letárgica de von Economo la reviso y la investigo con tesón en las orillas del Sena y subsiguientemente en Barcelona y sus alrededores.»⁵³⁹

En París, conoció y trató a Pierre Marie, a Babinski y a Souques. Según nos refirió Rodríguez Arias, el grupo de la Salpêtrière le acogió muy bien, introduciéndole en el ambiente neurológico parisino, y aún en el internacional con ocasión de la 1.^a Reunión Neurológica Internacional, en mayo-junio de 1920. Esta influencia del país vecino perdurará y se hará notar en la obra de neurólogo catalán, quien mantuvo esta relación con París, como él mismo refiere: «Mis idas a París, desde 1919, la tan abierta capital gala, en la forzada etapa de estudiante ya postgraduada (con los títulos de Licenciado y de Doctor en el bolsillo), me permitieron frecuentar además, por haber sido invitado, la «Société de Neurologie de Paris», que inauguró la serie de Reuniones Neurológicas Internacionales, en 1920, siendo nombrado pronto Miembro Extranjero de la misma; y la tradicional y venerable «Société Medico Psychologique», de la que también fui

distinguido con el nombramiento de «Asociado Extranjero», hace 50 años.

Me incorporé asimismo a la serie de «Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes de langue française» por la deferencia y amistad que me brindara uno de sus organizadores permanentes, el finísimo diplomático y gran clínico psiquiatra doctor René Chaper-tier». ⁵⁴⁰

Hacia el año 20, inicia su labor en Barcelona, trabajando en el Hospital Clínico, y como médico municipal. En 1924 se hizo cargo del Dispensario de Enfermedades Mentales de la Beneficencia, junto con su gran amigo Mira. Frecuentaba también el Manicomio de San Baudilio, que dirigía su padre, y mantenía el contacto con la escuela francesa mediante frecuentes viajes a París.

Del dispensario salió más tarde la Clínica Psiquiátrica Municipal de Urgencia, dirigida en lo neurológico por Rodríguez Arias y en lo psiquiátrico por Mira.

También en el Clínico se ocupa de la neurología, como él mismo refiere: «... examinaba pacientes nerviosos o neuropsíquicos en un dispensario del Hospital Clínico y en el Asilo. Obtuve la normal autonomía del dispensario anejo a la cátedra de patología y clínica médicas y con Emilio Mira fuimos de lleno a la edificación de un nosocomio proporcionado. Y ordenamos en sus habitaciones un doble servicio: psiquiátrico (mayor) y neurológico (menor).» ⁵⁴¹

En 1930 le nombraron director de San Baudilio. Colaboraban en el nosocomio Juncosa, Pons Balmes, Sarró y Tolosa. Desde el cargo de director, «procuré que el ideal sentir neurológico y neuroquirúrgico marcara una clara postura», ⁵⁴² dice Rodríguez Arias, exponiendo su intención de dar un aire neurológico al reducto manicomial, lo que reafirma en otra ocasión: «... me hago cargo de la dirección facultativa del Hospital Psiquiátrico, para hombres, de San Baudilio de Llobregat (Barcelona). Lo reorganizo con criterio eminentemente neurológico.» ⁵⁴³

Trataba a sus enfermos privados en un sanatorio que fundó con sus amigos Pi-Sunyer, Mira y Vilardell, llamado de Buenavista, en San Justo d'Esvern.

Su trayectoria, queda definida por sus propias palabras: «Desde mediados de 1920 —entre otras cosas— profeso unas lecciones de análisis del «liquor» en el curso instituido magistralmente por F. Gallart Monés en la «Academia i Laboratori de Ciències Mèdiques de Catalunya», me traslado frecuentemente a París para intervenir en las

reuniones internacionales de la «Société de Neurologie» y soy elegido miembro extranjero de la misma; y en Madrid y Sevilla no quise desentenderme de las tareas de los entonces brillantes Congresos Nacionales de Medicina.

Hasta 1924 mi función sanitaria –la de empleado municipal– no varió esencialmente de signo.

En una de las cátedras de patología y clínica médicas, la dirigida por los profesores Pablo Ferrer Piera, Francisco Ferrer y Solervicens y Angel A. Ferrer y Cagigal, ayudé a la labor docente y de asistencia de los enfermos no hospitalizados, labor que perduró más o menos.

Gestionadas por unos colegas y amigos se dan tres circunstancias de símbolo: a) la aparición en régimen de comunidad, de «Revista Médica de Barcelona» (enero de 1924); b) la adscripción –mediante oposición– al «Dispensario de Enfermedades mentales de la Asistencia Médica Municipal», naciénte creado, de Emilio Mira y López y mía (17-3-24); y c) la fundación, por el influjo ejemplar de Mira y mía, de la «Asociación española de Neuropsiquiatras» (Barcelona, diciembre de 1924).

La obsesión de no estar sujeto «in toto» a catedráticos, jefes de clínica y editores y a las directrices de psiquiatras «vera efigies» o médicos generales, me intraquilizaba fija y quietamente.

De una manera u otra me sentía lanzado a favorecer el clima de las ambiciones neurológicas no harto restrictas, con la voluntad de duplicar la huella que recorriera desde 1882 Luis Barraquer Roviralta. Cual urgente medida táctica me apresté a diagnosticar y tratar la amalgama de psicóticos y de inválidos nerviosos «colocados» en el Asilo del Parque, lugar del nuevo dispensario.

Mi absoluto credo neurológico y mi situación municipal podían especificarse, pues, en algo más ventajoso y óptimo un mañana razonable y tangiblemente apenas lejano.

He aquí el más fuerte e interior de los móviles personales que me confortaban.

Enfocaba decididamente bien la única ruta de conquista que atisbé». ⁵⁴⁴

Durante los años 33 a 36, trabaja en el departamento neurológico de la Clínica psiquiátrica municipal de urgencia, antiguo dispensario, junto con Mira López.

En el año 1936, funda el Instituto Neurológico Municipal, lo que analizaremos al considerar su faceta docente. Como en tantos casos –aún dentro de lo puramente médico– la guerra dará al traste con el

«esperanzado esplendor»⁵⁴⁵ existente en la ciencia española de la época. También Rodríguez Arias lo expresará claramente: «El trofeo neurológico se iba a malograr velozmente, por un cúmulo –alborotado y triste– de rencillas y de notorios celos».⁵⁴⁶

No se libra Rodríguez Arias de este cúmulo de rencillas y de notorios celos, y aunque él mismo se calificaba de «... galeno puro, libre de los vaivenes que engendra el oficio de hombre de partido»⁵⁴⁷ fue detenido en la inmediata postguerra. El motivo parece haber sido su vinculación a la Universidad Autónoma. Como veremos, Rodríguez Arias explicaba neurología en dicha Universidad, que en la inmediata postguerra fue interpretada como organización catalanista separatista e izquierdista.

Cinco meses estuvo encarcelado el ilustre neurólogo, con las consiguientes molestias, a pesar de haber sido protegido por buenos y leales amigos, como él mismo nos manifestó.

De esta inoportuna detención datan algunas anécdotas que reflejan lo turbulento de la época. Refiere Rodríguez Arias que al estallar la guerra, el ambiente anticlerical mezclado con el de libertinaje, hicieron que el personal del Manicomio de San Baudilio, arrinconase a las monjas y decretara la libertad más o menos absoluta de los allí reclusos. Este personal subalterno, erigido en dictador ignorante, sin brevia consulta médica y en contra de la opinión de Rodríguez Arias, puso en libertad a un paciente aparentemente inofensivo, pero del que Rodríguez Arias sabía era paranoico grave y por tanto propenso a líos y demandas. Advertidos los dictadores, no hicieron el menor caso, y el paranoico salió libre, para alcanzar la libertad total a los pocos minutos, en una barricada, donde una discusión fue la causa de que algún irascible huelguista armado le matara sin contemplaciones.

En otra ocasión, refiere el propio Rodríguez Arias, fue detenido por los tribunales populares, y aunque nunca había ostentado cargo alguno de tipo o matiz político, fue acusado de alguna fruslería, probablemente más en relación con llevar corbata que con sus ideas o actividades. Fue sacado de su casa con el consiguiente sobresalto, y una vez presentado ante el juez popular, este le absolvió sin ni siquiera oírle, ya que su apellido –Rodríguez– coincidía con el del neurólogo. Por esta feliz casualidad, Rodríguez Arias se vio libre de la detención, hasta la posguerra, curiosamente –en esta ocasión– por la facción contraria.

Rodríguez Arias disfrutó y disfruta de reconocido prestigio como neurólogo clínico en Cataluña, en España y en el extranjero, singu-

larmente en Francia. A ello contribuye su actividad asistencial –como hemos señalado– en el Hospital Clínico, Clínica Municipal, Manicomio de San Baudilio, Instituto Neurológico Municipal, Sanatorio de San Justo d'Esvern, etc.; su labor promotora de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, gestada en Barcelona por Rodríguez Arias, Emilio Mira y Manuel Saforcada, en 1924; su actividad docente expresada fundamentalmente en el Instituto Neurológico Municipal y –brevemente– en la cátedra de neurología de la Universidad Autónoma, y sus numerosas publicaciones que analizaremos en el estudio de su obra. Por todo ello, se hizo acreedor de nuevos honores científicos como el haber sido secretario de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, desde 1926, y miembro fundador de la misma y más tarde de la Sociedad Española de Neurología; fue miembro de la Société Médico Psychologique de París y miembro extranjero de la Sociedad Francesa de Neurología, de la que más tarde fue nombrado miembro de honor («uno de los más antiguos miembros de honor de la Sociedad Francesa de Neurología», leeremos en la prestigiosa *Revue Neurologique*)⁵⁴⁸. Fue también –como veremos– el primero y hasta hace poco único profesor universitario de neurología clínica en España. El 27 de mayo de 1956, leyó su discurso de recepción como académico de número de la Real Academia de Medicina de Barcelona, acerca de *Estampa o aspectos de la Higiene y de la Profilaxia en Clínica neurológica*»⁵⁴⁹, Academia de la que es secretario perpetuo. También fue el delegado permanente (1929-1957) en el Comité Español que preparaba y dirigía los Congresos Internacionales de Neurología⁵⁵⁰.

1.º) Rodríguez Arias, docente

La labor docente de Belarmino Rodríguez Arias se materializó fundamentalmente en dos instituciones barcelonesas, el Instituto Neurológico Municipal, y la extinta Cátedra de Neurología. Si bien tuvo discípulos y colaboradores en el Hospital Clínico, en San Baudilio del Llobregat y en la Clínica Psiquiátrica Municipal, fue en las dos instituciones mencionadas donde su magisterio se hizo más patente. Estudiaremos por separado las características de cada una de ellas.

a) Cátedra de Neurología.

En diversas ocasiones, Rodríguez Arias se refiere al nacimiento y actividades de esta cátedra, única hasta el momento actual en España. «En 1933 recibimos el nombramiento de profesor agregado, temporal

de neurología, al frente de una cátedra. Estatuimos cursos ordinarios, de asistencia semiobligatoria o electiva, de perfeccionamiento de las nociones ya aprendidas y monográficos o superiores, en los que la incipiente oto-neuro-oftalmología, los tumores de los centros nerviosos, la neurolúes, la terapéutica moderna y otras cuestiones del tiempo aquel, fueron abordadas en el perímetro de lo didáctico y de la investigación aplicada.⁵⁵¹

«El patronato de la Universidad autónoma de Barcelona investía con el título de profesor agregado de las disciplinas psiquiátrica y neurológica, noveles, a Emilio Mira y a mi, respectivamente»⁵⁵².

«No sabemos aún si por suerte o por desgracia para vosotros y para nosotros mismos hemos sido hasta ahora, en España, el único profesor titular de cátedra universitaria de neurología. Nuestro servicio docente oficial duró poco, cinco años, pues se extinguió al suprimirse la Universidad autónoma de Barcelona».⁵⁵³

«Los cursos escolares de 1933-34, 1934-35 y 1935-36 tuvieron una asignatura que se llamaba «Neurología», en el período clínico. Me valí de lecciones ordinarias, otras de perfeccionamiento en la especialidad y algunas de carácter monográfico, con el auxilio honroso de maestros, compañeros diversos y expertos en materias variadas».⁵⁵⁴ La asignatura de Neurología era de las llamadas semiopativas. Las clases constaban de unos 25 alumnos aproximadamente. Los alumnos podían escoger entre terapéutica física, terapéutica quirúrgica, fisiología, neurología, urología y enfermedades de la nutrición. Según manifestó el propio Rodríguez Arias, en el año 1935 fueron los profesores suspendidos de empleo y sueldo a consecuencia del levantamiento del 6 de octubre. Aunque la conexión entre ambos hechos no aparece muy clara, la politización de la época debía de ser tal, que se buscaban –a lo que parece– implicaciones comunes a las situaciones más dispares. El hecho es que la cátedra desaparecería en el año siguiente. El programa de la cátedra queda expuesto en las fotocopias adjuntas, así como el cartel anunciador de los cursos monográficos y de perfeccionamiento.

Siempre se lamentó Rodríguez Arias –y con él muchos otros neurólogos– de que «los vaivenes en el arte de gobernar esterilizaran rápidamente la buena senda de la conquista aludida»⁵⁵⁵ o, como dice en otra ocasión: «La gran conquista docente, en Barcelona, quedó malograda y la Neurología volvió a su primitivo estado de segunda jerarquía».⁵⁵⁶

UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA

FACULTAT DE MEDICINA

CÀTEDRAS DE PSIQUIATRIA I DE NEUROLOGIA

Curs del 1933-34

CÀTEDRA DE NEUROLOGIA, a càrrec del professor Dr. RODRÍGUEZ ARIAS

CURS DE PERFECCIONAMENT DE LA DISCIPLINA (per a estudiants i metges), pel professor titular de la càtedra, amb la col·laboració dels doctors **E. Tolosa** (neuròleg), **A. Vila Coró** (oftalmòleg), **A. Azoy** (otíng), **J. M. Catasús** (militar), **A. Bages** (radíològ), **E. Peres Casañas** (electròleg) i **N. Ancochea** (anatomopatòleg). — 40 lliçons. — Estudi dels grans síndromes (16 lliçons) i de les principals malalties, sobre tot des del punt de vista diagnòstic i terapèutic (18 lliçons). — Terapèutica general (6 lliçons). — Problemes etiològics d'interès primari i lliçó). — Presentació de malalties.

Maig i juny, des del 7 de maig, d'11 a 14.

CURSOS MONOGRÀFICS

LIQUID CEFALORRAQUIDI: ANALISI I SEMIOLOGIA, pel professor **B. Rodríguez Arias**, amb la col·laboració dels professors **J. M. Bellido**, **P. Domingo** i **J. Pi-Sunyer Bayo** i dels doctors **J. M. Catasús** i **E. Tolosa**. — 10 lliçons, des del 3 d'abril, de 8 a 11.

OTALMONEUROLOGIA, pel doctor **A. Vila Coró**, ex-professor d'Oftalmologia, amb la col·laboració dels professors **M. Soria** i **B. Rodríguez Arias**. — Exploració de malalties. — 10 lliçons, des del 16 d'abril, de 8 a 11. — Matricula: 50 pessetes.

MALARIOTERAPIA: TÉCNICA, INDICACIONS I RESULTATS, pel professor **B. Rodríguez Arias**, amb la col·laboració dels doctors **J. Pons Balmes**, **J. Juncosa** i **N. Ancochea**, de l'Hospital Psiquiàtric de Sant Boi del Llobregat (Barcelona). — 10 lliçons, des del 16 d'abril d'11 a 14. — Matricula: 50 pessetes.

OTONEUROLOGIA, pel doctor **A. Azoy**, de l'Institut Psicotècnic de la Generalitat de Catalunya, amb la col·laboració dels professors **F. Casademús** i **B. Rodríguez Arias**. — Exploració de malalties. — 10 lliçons, des del 30 d'abril de 8 a 11. — Matricula: 50 pessetes.

CÁTEDRA DE NEUROLOGIA

a cargo del profesor Dr. B. RODRÍGUEZ ARIAS

Curso de perfeccionamiento de la asignatura

(período de la licenciatura: para estudiantes y médicos)

Por el profesor titular de la Cátedra, con la colaboración de los doctores **E. Tolosa** (neurólogo), **A. Vila Coro** (oftalmólogo), **A. Azoy** (otólogo), **J. M. Catasús** (analista), **A. Bages** (radiólogo), **E. Peres Casañas** (electrólogo) y **N. Ancochea** (anatomopatólogo).

Lecciones:

- I.—Síndromes motores periféricos.
- II.—Síndromes motores centrales.—Estudio especial de los síndromes piramidal, hiperkinético y akinético.
- III.—Síndromes sensitivos.—Estudio especial de las neuralgias y radiculitis.
- IV.—Síndromes reflejos.
- V.—Síndromes humorales, principalmente del líquido céfalo-raquídeo.
- VI.—Síndromes cerebelosos.
- VII.—Síndromes pedúnculo-protuberanciales.
- VIII.—Síndromes bulbares y pseudo-bulbares.
- IX.—Síndromes de las circunvoluciones y de los lóbulos cerebrales.
- X.—Síndromes óculo-motores y de las vías y centros ópticos.
- XI.—Síndromes vestibulares.
- XII.—Síndromes angiotrofoneuróticos y neuroendocrinos, con particular referencia de la hemicránea, síndrome de Raynaud y trastornos hipofisarios.
- XIII.—Afasias y apraxias.
- XIV.—Hipertensión craneal.—Estudio especial de las alteraciones hidrocefálicas.
- XV.—Compresión medular.—Diagnóstico topográfico y nosológico.
- XVI.—Diagnóstico general de los procesos meníngeos.
- XVII.—Miopatías.—Distrofia muscular progresiva.
- XVIII.—Enfermedades del sistema nervioso periférico.
- XIX.—Sífilis medular y tabes dorsal.
- XX.—Mielitis y poliomiелitis agudas.
- XXI.—Patología de las amiotrofias mielopáticas.

- XXII.—Enfermedades y esclerosis combinadas de la médula.
- XXIII.—Esclerosis múltiple y encéfalomiелitis diseminadas.
- XXIV.—Encefalitis epidémica.
- XXV.—Sífilis cerebral y parálisis general.
- XXVI.—Tumores cerebrales.
- XXVII.—Patología del cuerpo estriado.
- XXVIII.—Enfermedades vasculares del cerebro.
- XXIX.—Estudio especial de las encefalopatías infantiles.
- XXX.—Estudio especial de las meningitis agudas y crónicas.
- XXXI.—Enfermedades del sistema nervioso simpático.
- XXXII.—Idea general de las enfermedades neuro-endocrinas.
- XXXIII.—Epilepsias.
- XXXIV.—Histeria y neurastenia.
- XXXV.—Farmacología del sistema nervioso.
- XXXVI.—Fisioterapia neurológica.
- XXXVII.—Psicoterapia y neurología.
- XXXVIII.—Tratamientos biológicos.—Piretoterapia y malarioterapia.
- XXXIX.—La cirugía nerviosa moderna.
- XL.—Problemas etiológicos de interés primordial en neurología.

Trabajos prácticos:

Exploración clínica y complementaria (humoral, radiológica, etc.) de los enfermos.—Examen de piezas anatómicas y de material iconográfico.—Ensayos terapéuticos.

Se exigirá a los alumnos: redacción de historias clínicas a base de datos personalmente recogidos (exploratorios y de tratamiento); un trabajo sobre una observación clínica o anatomoclínica.

Época y horario del curso:

Mayo y junio, a partir del 7 de mayo, de 11 a 14.—40 días lectivos.

Cursos monográficos

LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO: ANÁLISIS Y SEMIOLOGIA, por el Profesor **B. Rodríguez Arias**, con la colaboración de los Profesores **J. M. Bellido**, **P. Domingo** y **J. Pi-Suñer Bayo**, y de los Doctores **J. M. Catasús** y **E. Tolosa**, del Hospital Psiquiátrico de San Baudilio de Llobregat (Barcelona).

Lecciones:

I.—Anatomía y fisiología. Composición. Estudio especial de la permeabilidad meníngea.—Prof. Dr. J. M. Bellido.

II.—Métodos de obtención: punciones lumbar, raquídeas, cisternal y ventricular. Presión: su determinación e importancia. Propiedades físicas y físico-

químicas. Técnicas de análisis.—Prof. Dr. J. Pi-Suñer Bayo y Dr. E. Tolosa.

III.—Análisis químico: principales técnicas. Determinación de la albúmina y de las globulinas.—Dr. J. M. Catasús.

IV.—Citología.—Investigación de fermentos.—Prof. Dr. J. Pi-Suñer Bayo y Dr. J. M. Catasús.

V.—Serología y reacciones coloidales.—Dr. J. M. Catasús.

VI.—Bacteriología. Estudio especial de los meningococos.—Prof. Dr. P. Domingo.

VII y VIII.—Estudio semiológico.—Prof. Dr. B. Rodríguez Arias.

IX.—Síndromes peculiares de las diferentes formas de neurosífilis.—Profesor Dr. B. Rodríguez Arias.

X.—Síndromes observados en las demás enfermedades nerviosas, principalmente meningitis, encefalomiелitis y tumores.—Prof. Dr. B. Rodríguez Arias.

Prácticas:

Análisis del líquido e iniciación de investigaciones relacionadas con la cuestión.

Lugar:

Servicio de la cátedra en la «Clínica psiquiátrica municipal de urgencia» de Barcelona, Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina, Laboratorio Municipal de Barcelona y Hospital Psiquiátrico de San Baudilio de Llobregat.

Época y horario del curso:

A partir del 3 de abril, todos los días laborables, en número de 10, de 8 a 11.

Precio de la matrícula: 50 pesetas.

MALARIOTERAPIA: TÉCNICA, INDICACIONES Y RESULTADOS, por el Profesor **B. Rodríguez Arias**, con la colaboración de los Doctores **J. Pons Balmes**, **J. Juncosa** y **N. Ancochea**, médicos de número del Hospital Psiquiátrico de San Baudilio de Llobregat (Barcelona).

Lecciones:

I.—Piretoterapia en general. Ojeada histórica. Medios químicos, bacterianos, físicos e infectivos aconsejados actualmente. Técnica de aplicación de los diversos procedimientos. Indicaciones y resultados.—Estudio especial de las fiebres recurrentes y del sodoku.—Dr. Rodríguez Arias.

II. Malarioterapia. Selección de la semilla: terciana, cuartana y formas malignas. Su procedencia: paludismo natural o espontáneo y experimental, anofeles y cultivos. Inoculación: técnica y métodos; ventajas e inconvenientes respectivos. Inoculación negativa. Reimpaludización. Inmunidad.—Dr. Pons Balmes.

III.—Estudio clínico del paludismo experimental. Incubación. Gráficas de temperatura. Sintomatología. Complicaciones. Dr. Pons Balmes.

IV.—Curación del paludismo experimental. Tratamiento en dos tiempos. Medios atenuantes y reactivantes de los accesos febriles. Sensibilidad a la quinina. Tratamiento de las complicaciones. Tratamientos coadyuvantes.—Prevención de los focos de malaria.—Dr. Juncosa.

V.—Indicaciones y contraindicaciones generales de la malarioterapia.—Resultados obtenidos en la lues nerviosa, en la tabes, en la encefalitis, en la

esclerosis, en la epilepsia, en la esquizofrenia y en otras enfermedades.—Dr. Rodríguez Arias.

VI.—Su indicación en el caso particular de la parálisis general. Contraindicaciones especiales.—Valor del paludismo profiláctico.—Dr. Rodríguez Arias.

VII.—Modificaciones observadas en el cuadro psíquico, neurológico y somático de la parálisis general. Evolución del síndrome humoral.—Dr. Pons Balmes.

VIII.—Cuadro anatomopatológico de la parálisis general tratada por la malaria.—Teorías sobre el mecanismo curativo de la malaria inoculada.—Doctor N. Ancochea.

IX.—Resultados inmediatos y definitivos conseguidos. Valor de las remisiones espontáneas. Importancia del síndrome humoral.—Dr. Juncosa.

X.—Capacidad civil del paralítico general paludizado.—Criterio actual de curabilidad de la parálisis general.—Porvenir del tratamiento en la fase preclínica.—Dr. Rodríguez Arias.

Prácticas:

Inoculación de la malaria y examen de enfermos tratados.

Lugar:

Servicio de la cátedra en la Clínica Psiquiátrica Municipal de Urgencia, de Barcelona, y Hospital Psiquiátrico de San Baudilio de Llobregat.

Época y horario del curso:

A partir del 16 de abril, todos los días laborables, en número de 10, de 11 a 4.

Precio de la matrícula: 50 pesetas.

OFTALMONEUROLOGÍA, por el Doctor **A. Vila Coro**, ex-Profesor auxiliar de Oftalmología, con la colaboración de los Profesores **M. Soria** y **B. Rodríguez Arias**.

Lecciones:

I.—*Plan de estudio*.—Aparato motor ocular. Anatomía, fisiología y exploración del mismo. Parálisis oculares: diagnóstico general. Clasificación. Sintomatología focal.

II.—Semiología de los síntomas óculo-motores. Síndromes paralíticos de los III, IV, VI y VIII pares craneales

III.—Aparato ocular sensitivo. Anatomía, fisiología y exploración del mismo. Principales trastornos que afectan dicho aparato.

IV.—Aparato ocular sensorial. Anatomía, fisiología y exploración del mismo. Perturbaciones sensoriales más frecuentes. Sintomatología topográfica. Diagnóstico general de las hemianopsias.

V.—Oftalmosimpático. Anatomía, fisiología y exploración del mismo. Angioespasmos oculares. El «choc» en oftalmología.

VI.—Excitación y parálisis del simpático. Enoftalmía. Exoftalmía. El siste-

ma endocrino-simpático en oftalmología. Trastornos tróficos oculares. Oftalmosimpático y sus relaciones con las mucosas vecinas.

VII.—Pauta de un examen neuro-oftalmológico y redacción detallada de la hoja clínica.

VIII.—Enfermedades locales y generales, no nerviosas, que producen trastornos oculares nerviosos.—Prof. Dr. M. Soria.

IX.—Enfermedades del sistema nervioso que producen trastornos oculares.—Diagnóstico especial de los tumores intracraneales.—Prof. Dr. B. Rodríguez Arias.

X.—Descripción de las afecciones neuro-oculares familiares.—Profesores Dres. M. Soria y B. Rodríguez Arias.

Prácticas:

Exploración de enfermos y redacción de historias clínicas.

Lugar:

Servicio de la cátedra en la Clínica Psiquiátrica Municipal de Urgencia de Barcelona.

Época y horario del curso:

A partir del 16 de abril, todos los días laborables, en número de 10, de 8 a 11.

Precio de la matrícula: 50 pesetas.

OTONEUROLOGÍA, por el Doctor **A. Azoy**, del Instituto Psicotécnico de la Generalidad de Cataluña, con la colaboración de los Profesores **F. Casadesús** y **B. Rodríguez Arias**.

Lecciones:

I.—Anatomía del aparato de la audición. Oído interno. Vías auditivas. Centros auditivos.—Fisiología de la audición. Teorías de la audición. Reflejos acústicos.

II.—Examen funcional de la audición. Acumetría fónica. Acumetría instrumental cuantitativa. Acumetría instrumental cualitativa. Pruebas del oído medio. Audiometría eléctrica y examen voltaico del nervio coclear. Estudio crítico de dichas pruebas. Curvas auditivas: su valor.

III.—Síndromes cocleares de origen central. Por insuficiencia auditiva. Por exaltación auditiva. Por perversión auditiva. Su valor diagnóstico. Tratamiento.

IV.—Complicaciones nerviosas de origen otógeno. Laberintitis. Meningitis ótica. Absceso cerebral y cerebeloso de causa ótica. Otras enfermedades.—Prof. Dr. F. Casadesús.

V.—Anatomía del aparato de la equilibración. Órgano periférico. Sistema semicircular.—Vestíbulo. Otolitos. Vías vestibulares. Centros vestibulares.—Fisiología del aparato laberíntico. Arcos vestibulares. Reflejos tónico-vestibulares. Reflejos de posición. Control estático y dinámico. Nistagmus vestibulares. Sentido estático-cinético.

VI.—Examen funcional vestibular. Pruebas de orientación estática. Examen de las reacciones subjetivas. Pruebas de orientación dinámica. Reacciones locomotrices espontáneas. Reacciones locomotrices provocadas. Desviaciones segmentarias de los miembros (espontáneas y provocadas). Estímulos nistágmicos. Estímulo de compresión. Estímulo rotatorio. Estímulo calórico. Estímulo galvánico. Nistagmografía y nistagmometría. Estudio crítico del valor de las diferentes pruebas.

VII. Examen de la función otolítica. Pruebas de la indicación y reflejos de posición. «Gegenrollung» (Barany).

VIII.—Fisiopatología del vértigo. Diagnóstico topográfico del vértigo.—Mareo.—Sordomudez.

IX.—Signos vestibulares y síndromes vestibulares. Su valor diagnóstico en los tumores cerebrales.—Prof. Dr. B. Rodríguez Arias.

X.—Sintomatología otológica en las enfermedades del sistema nervioso. Estudio especial de los síndromes cerebeloso y su diagnóstico diferencial.—Prof. Dr. B. Rodríguez Arias.

Prácticas:

Exploración de enfermos y redacción de historias clínicas.

Lugar:

Servicio de la cátedra en la «Clínica Psiquiátrica Municipal de Urgencia de Barcelona».

Época y horario del curso:

A partir del 30 de abril, todos los días laborables, en número de 10, de 8 a 11.

Precio de la matrícula: 50 pesetas.



NOTAS

El servicio de la cátedra de Psiquiatría está instalado en la Clínica Psiquiátrica Municipal de Urgencia (calle L. Jull, 8).

El servicio de la cátedra de Neurología consta de un Dispensario de Neurología (Hospital Clínico de la Facultad de Medicina) y de una Sección Neurológica, en la Clínica Psiquiátrica Municipal de Urgencia.

Matrícula.—Puede solicitarse en la Secretaría de la Facultad de Medicina, de 11 a 1, todos los días laborables.—Número limitado de alumnos.

b) *Instituto Neurológico Municipal.*

No creemos equivocarnos al incluir este apartado dentro de la labor docente del neurólogo catalán, ya que si bien el Instituto Neurológico desempeñó y desempeña actividades asistenciales e investigadoras, fue la docente la que el propio Rodríguez Arias destacó por encima de las otras, hasta el punto de considerarlo una suerte de prolongación de la labor de la cátedra de neurología, efímera como hemos señalado, por circunstancias ajenas a la medicina. El Instituto, en cambio, ha realizado su tarea digna, sin solución de continuidad hasta nuestros días.

El propio Rodríguez Arias expresa esta orientación docente hacia el postgraduado, del Instituto Neurológico barcelonés: «La circunstancia –fortuita o quizá un tanto plausible, modestia aparte– de haber sido llamado por el Patronato de la Universidad Autónoma de Cataluña, a propuesta concreta del claustro de la Facultad de Medicina, a regir la primera cátedra de neurología, creada en España, cuya duración pecó de efímera por la fuerza arrolladora de los sucesos políticos acaecidos...» «... Bien es verdad que para impedir el total naufragio de un fruto sazonado, alcancé a fundar, oportunamente, el Instituto Neurológico Municipal de Barcelona, con su escuela libre de Neurología para post-graduados y su Centro y Seminario de Investigaciones neurológicas...»⁵⁵⁷

Rodríguez Arias, en su trabajo *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal*.⁵⁵⁸ describe los antecedentes y la puesta en práctica del Instituto. Con su peculiar estilo, dice don Belarmino: «Lo que pude asimilar en París al lado del profesor Pierre Marie, lo que evidencié en muchas capitales de raigambre cultural (v. gr., New York) y mi tenaz ánimo de vencer en lo de un fruto neurológico estable, así docente como asistencial sanitario y social, me indujeron a «aprovecharme» honorablemente de la guerra. Nuestra opinión de facultativos imparciales demandaba un «si» rotundo en las esferas, perplejas, de la Administración.

La imagen de un *centro neurológico*, por antonomasia, no se borraba de mi reflexión. Había de lograrse al margen de la clásica, temida, odiosa y frívola prebenda subjetiva.

Un «equipo» coordinado de forma aleatoria, tal vez incidental, desplegaba una vitalidad, un apoyo nosocomial, rentables. Secuela, al fin y a la postre, del «clima» neurológico implantado en Barcelona».⁵⁵⁹

En otro párrafo, nos refiere el fundador, de modo concreto, los pormenores de la «puesta en marcha» del Instituto: «Hay marejada política en el Ayuntamiento. Otro concejal, el doctor Tomás Pumarola Juliá, elogia mi solicitud, mis pareceres, mi celo, mi humanidad y mis designios y coopera en la búsqueda de un nombre «ad hoc», terminante, para intitular el enmendado hospital, sanatorio o clínica fundamental.

Sanatorio Mental fue la calificación otorgada a la división de enfermos psiquiátricos ubicada en la Bonanova (Paseo de San Gervasio, n.º 15) e Instituto Neurológico a la división de enfermos neurológicos que se mantuvo en el Parque (calle Llull, 8).

Ni el Reglamento de Empleados Municipales de Barcelona, ni el subsidiario de la Asistencia Médica Municipal —éste muy circunscrito y muy vago— embarazaron la ordenanza de las dos instituciones nosocomiales.

El célebre «Instituto Neurológico Municipal de Barcelona» comenzó su vida normativa el 1-12-36.

Todos los enfermos mentales se acomodaron, sin exclusión, en el Sanatorio Mental y una porción de inválidos nerviosos del Hospital de Incurables se destinó a engrosar la masa peculiar del Instituto Neurológico.

Facultativos, enfermeras, administrativos y subalternos se repartieron equitativamente, sin coacción de base, entre los dos hospitales.

Emilio Mira se encargó de dirigir el Sanatorio y yo el Instituto.

Harto expeditamente me vi constreñido a trazar y hacer admitir por la Superioridad dos Reglamentos a modo de apéndice, inéditos, funcionales y ortodoxos, el del Sanatorio y del Instituto (24-XII-36).

Se prevé —limitativamente— la existencia de clínicas (habitaciones para internados) y de dispensarios (o ambulatorios), en número de tres; de laboratorios o instalaciones de análisis biológicos, de radio-diagnóstico, de fisioterapia y de quirófanos; de sala de necropsias, de aula, de biblioteca, de museos y de archivos.

Dos departamentos neurológicos (de agudos y de crónicos agudizados) y uno neuroquirúrgico (de traumáticos o no) constituyen, lógicamente, el elemento principal de la institución.

Se declara beneficiosa la necropsia para responder de una asistencia idónea, de la enseñanza y de la investigación aplicada.

No se exige al personal facultativo una colaboración docente y en el trabajo especulativo o meramente científico.

Y se promulgan normas categóricas para un gobierno administrativo moderno y válido.

No omitíamos, ergo, incuestionablemente, ninguno de los factores «sine qua non» en una asistencia para dolientes agudos y en una usual clínica de tipo universitario.

Atinamos a ejercer sin desdoro, pues, las especialidades profesionales neurológica y neuroquirúrgica y cabía, además, que instruyéramos bastante a los estudiantes de licenciatura.

Van a los servicios clínicos alumnos y postgraduados, que consolidan un hospedaje y aguardan, también, una formación especializada.

Y es respetada siempre la disciplina inherente a una buena postura hospitalaria, social y de realce.»⁵⁶⁰ «Regularizamos un apoyo mutuo, una homologación y trueque de prácticas clínicas, el Sanatorio y el Instituto, para evitar dispendios tontos y para conservar una fiel interdependencia de viejos neuropsiquiatras.

El Hospital de Incurables nos proporcionaba una experiencia, fatigosa, en el manejo de crónicos rebeldes.

Y el Hospital de Infecciosos enviaba casos de procesos meningoencefálicos víricos y aceptaba de nosotros septicemias y complicaciones parejas.

Nadie se reconoció, por fortuna, «insolidario».⁵⁶¹

La actividad docente del prestigioso neurólogo, queda resumida en un párrafo del citado trabajo: «Sin atropellos, sin postergaciones, neutral y calmamente, de la mano de un sistema, trillé el camino y fui titular de la cátedra de neurología y director del Instituto Neurológico, ambos primiciales».⁵⁶²

Colaboradores de Rodríguez Arias en estos menesteres, fueron Eduardo Tolosa, Adolfo Azoy, Nicanor Ancochea, Antonio Vila Coro, J. M. Catasús y otros.

En el Instituto Neurológico, trabajaron Adolfo Azoy Castañé, C. Lamotte de Grignon Nicolau, J. Lloberas Camino, E. Pons Tortella, Ricardo Roca de Viñals, A. Rodríguez Arias, S. de Vega Goicoechea, J. M.^a Samsó Dies, J. M.^a Simarro Puig, E. Tolosa Colomer, J. Vila Badó, Solé Llenas, A. Coma Fabrés, R. Obach Cirera, etc.

La misión docente de la institución queda ratificada en el párrafo siguiente, por la pluma del fundador: «Una casi inacabable lista de médicos residentes, de profesores –ayudantes de sala, de puros discípulos (nacionales y extranjeros), etc.,– constituye el más fehaciente éxito del Instituto, máxime por la apetecible situación docente y

hospitalaria, jerárquica, de que blasonan –con justicia– gran porcentaje de ellos».⁵⁶³

2.º) *Rodríguez Arias, historiador.*

La actividad de Rodríguez Arias como historiador o cronista de la neurología clínica española queda patente si juzgamos el número y las características de su obra escrita de tema histórico. No menos de dieciocho artículos o crónicas escribió el neurólogo catalán sobre estos temas, algunos con título tan sugerente como *Historia de la Neurología española*, *Pequeña crónica, en glosa, de mi transitoria vinculación al Hospital Psiquiátrico de San Baudilio de Llobregat*, *La asistencia neurológica en España*, *El primer decenio de existencia de la Sociedad Española de Neurología*, *Eduardo Bertrán Rubio y la Neurología de su tiempo* etc. En ellos acredita sus condiciones de narrador de una época, generalmente la que le tocó vivir, o la inmediatamente anterior.

En varios de estos trabajos, él mismo declara llanamente su condición de «historiador contemporáneo» o cronista, como ocurre en las afirmaciones siguientes: «De tiempo vengo cultivando con ahínco y fervor la pequeña historia contemporánea, de la neurología y de lo que pudiéramos llamar sencillamente crónica del movimiento, también neurológico, observado local, regional y nacionalmente»;⁵⁶⁴ «Soy de los que promuevo y escribo –con la más natural regularidad– trabajos de síntesis e igualmente casuísticos, dedicados a la historia de la Neurología, fundamental o básica y práctica, española»;⁵⁶⁵ «Una vez más, gracias a vosotros, dilectos colegas e ilustres y queridos amigos, a la indulgencia que sabeis y queréis acordarme «d'emblée» y al valor tan honroso que supone recibir un encargo prefijado, podré y tendré que ocuparme en esbozar la crónica de esta pujante Asociación, un estudiar su historia concernientes a la figura del acontecimiento, a la mismísima página fundacional de la que –en tiempos– llevó el nombre de «Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona»;⁵⁶⁶ «Como también he glosado la gesta de los Barraquer, en Barcelona, precedidos y seguidos, igualmente, de adelantados o de maestros y notables alumnos en una especialidad profesional de místicos».⁵⁶⁷ «Muy a menudo, quizá demasiadas veces, me he ocupado de reseñar y glosar la historia de la Neurología española, más singularmente la catalana».⁵⁶⁸ «Otras Asociaciones y Corporaciones me han permitido bosquejar trabajos o notas histórico-médicas, en los que la clínica de las dolencias nerviosas por antonomasia encarnaba –siquiera para mí– el tema importante de la perorata, del manuscrito o del alegato»;⁵⁶⁹

«Esperan que me enfrasque en disquisiciones histórico-neurológico locales y que traiga a colación antecedentes, realidades, pugnas, fracasos y ganancias verdaderas. Yo coincido sin más, dado que la eterna lección que brindan unas instituciones y sus honestas perspectivas, es lo más candente y lo más necesario para los viejos y los noveles médicos especialistas del antiguo Principado innovador del Nordeste de España.

Acudo obligado, pues, a tratar de la labor clínico-neurológica o de los métodos positivos de la rama profesional que ejercemos, de nuestros antepasados y de los que vivimos». ⁵⁷⁰ «De bastante tiempo quería redactar la historia –acaso glosada en su figura más subjetiva– del llamado en Barcelona Neurológico (Instituto Neurológico Municipal)», ⁵⁷¹ y otras muchas que acreditan su condición de cronista. Pero no es Rodríguez Arias un mero narrador de las vicisitudes de una especialidad, un grupo o una academia. Rodríguez Arias trata de ahondar en las causas y consecuencias de esas vicisitudes, «pugnas, fracasos y ganancias verdaderas» como él mismo dice. También en este campo, expresa en ocasiones inequívocamente su orientación histórica; como en las que recogemos a continuación: «Hacer o bosquejar historia –documental o vivida– y redactar una crónica nada subjetiva de los hechos médicos que le impresionaron a uno o que originó uno mismo, es ennoblecerse o ambientarse, siendo justo con los que abrieron una zanja en tierra yerma, fertilizaron una mies o un caduco retoño y lo legaron a unos deudos espirituales para más perpetuidad evolutiva, brillante y útil, quizá anónima.

Por eso gusto de recorrer en vaivenes, trayectorias individuales o colectivas de esforzados y de sacrificados ante una conquista biológica, un anhelo cultural, una vocación docente o una realidad sanitaria, de pura asistencia nosológica o de higiene y profilaxis de males». ⁵⁷²

«Aprendamos la lección del pasado y salvémonos de los descuidos y de los olvidos, producto de la soledad, de la timidez, de la pereza y de la terrible negligencia» «Y si GOETHE adivinó que «lo mejor de la historia es el entusiasmo que inspira», su exhortación la he asimilado cumplidamente». ⁵⁷³ «Un ayer no debe molestar jamás a nadie, cuando resulta transparente en sus propósitos. Y de esta forma habría de estimarse insoslayable en los temas o planes del futuro». ⁵⁷⁴.

Señalemos –por último– que su lúcida longevidad le permitió y permite, dedicarse a las tareas de secretario de la Real Academia de Medicina de Barcelona, tareas que en ocasiones llevan aparejada una

actividad histórica, que Rodríguez Arias cumple escrupulosa y voluntariamente.

El propio don Belarmino expone esta actividad simbiótica histórico-académica: «Además, mi vinculación –mayor en el último lustro– a la Real Academia de Medicina de Barcelona, logró enseñar, todavía más, el provecho de las crónicas del todo originales, inéditas y subsistidas. Dada la misión que guía a la Academia de «crítica» de la historia de la medicina vernácula y también por haber fundado, recientemente, un Seminario de Historia de la Medicina».⁵⁷⁵

3.º) *Rodríguez Arias, científico.*

Al analizar los trabajos científicos de Belarmino Rodríguez Arias, conviene no olvidar que una buena parte de su actividad científica fue dedicada a una labor que aunque no quedó plasmada en ninguna revista de la especialidad, fue extraordinariamente positiva para el desarrollo de la neurología en España. Nos referimos a su labor creadora e impulsora de Sociedades Científicas. Como hemos comentado, en 1924 concibió, –junto con Mira, Busquet y Escalas– la creación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, y más tarde, en 1949, la Sociedad Española de Neurología, junto con Barraquer Ferré y Subirana. También colaboró en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona, fundada por su padre Rodríguez-Morini y por el autorizado neuropsiquiatra Galcerán Granés, en 1911.

Además de esta actividad creadora, impulsora y alentadora de la vida académica, en lo neurológico, publicó Rodríguez Arias un buen número de trabajos neurológicos, que abarcan la mayor parte de la neurología clínica de la época. Neurolúes, esclerosis múltiple, encefalitis y neurología preventiva o profiláctica, fueron temas de su predilección. Su variada obra neurológica la he clasificado en los siguientes apartados:

a) *Esclerosis en placas.*

Los trastornos sensitivos, el diagnóstico precoz y el síndrome humoral de esta afección, fueron temas sobre los que publicó y comunicó Rodríguez Arias a lo largo de su existencia. En la época que abarca nuestro estudio, hemos recogido un trabajo para cada tema mencionado y algún caso clínico de esclerosis múltiple, si bien, después del treinta y seis amplió el número de publicaciones, especialmente sobre los trastornos sensitivos, tema que le interesó⁵⁷⁶ y sobre

el que presentó una comunicación en el 33 Congreso de alienistas y neurólogos de Francia y países de lengua francesa, en 1929, siendo co-ponente con Alajouanine.⁵⁷⁷

También el diagnóstico precoz de esta fatal afección fue objeto de otra comunicación al Congreso Neurológico Internacional de Berna, en agosto de 1931, y publicada en Barcelona,⁵⁷⁸ y en la que señala como síntomas precoces las parestesias y disestesias y «una reacción meníngea muy discreta». Como parestesias cita: «hormigueos variados, sensaciones de entumecimiento; de hinchazón, de pesadez, de constricción, de estiramiento de fibras, de placa rígida, de contacto y de descarga eléctrica, de frío más o menos localizado, de piel mojada, de líquido que corre, de andar sobre algodón o una alfombra gruesa, de llevar un guante espeso...»⁵⁷⁹

Como síndrome humoral describe: «presión casi normal o normal, ligerísima hiperalbuminosis total con globulinosis débilmente positiva (reacciones de Nonne-Apelt, Pandy y Weichbrodt), pleocitosis muy discreta (menos de 10 células por mm. cúbico, a base de linfocitos, generalmente), azúcar y cloruros casi normales (tendencia, más pronto, a una disminución insignificante), negatividad de las reacciones serológicas (Wassermann, Vernes y similares) y positividad (resultados o curvas de tipo sífilítico o parasifilítico atenuado) de las reacciones coloidales más sensibles (benjuí, normo-mastic y, sobre todo, oro)».⁵⁸⁰

Como fenómenos precoces cita: «La amaurosis y diplopia pasajeras, los vértigos vestibulares, la claudicación intermitente medular, la ataxia en sus comienzos, los fenómenos de los esfínteres y la sintomatología simpática.»⁵⁸¹

Cierra su artículo haciendo el diagnóstico diferencial con las polineuritis, mielitis anémica, tabes dorsal, encefalitis epidémica e histeria.

En otro trabajo: *Contribució a l'estudi del síndrome humoral de la esclerosi múltiple*,⁵⁸² vuelve a exponer las alteraciones descritas anteriormente, especialmente la existencia de reacciones coloidales de tipo luético con serología negativa.

En cuanto a casos clínicos, citaremos el presentado en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona^{583 584}, no por su interés especial (el caso resulta más bien dudoso, y fue muy discutido por Subirana, Vilató y Sarró) sino porque realizaron mielografía («radiografía de la columna método de Sicard»), con el fin de descartar procesos compresivos. Esto nos muestra que los clínicos catalanes

estaban familiarizados con las técnicas neurorradiológicas a los pocos años de su invención.

b) Neurolúes.

La afición a este tema quizás le venga a Rodríguez Arias de su etapa parisina, como afirma él mismo y señalábamos en su biografía. Su tesis versó sobre el L.C.R. en la parálisis general, acerca de lo que se ocupó también más tarde, en 1931,⁵⁸⁵ año en el que también presentó —junto con Juncosa— un caso típico de neurolúes a la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona (14-11-1931), bien estudiado clínicamente.⁵⁸⁶ En lo relativo a la terapéutica, utilizaba el salvarsán y el bismuto en los gomas cerebrales⁵⁸⁷ y la malarioterapia en la parálisis general. Sobre esta última afección presentó sus resultados en 30 casos en 1929,⁵⁸⁸ y en 100 casos en 1930; en este último trabajo, expone un 31 % de curaciones, un 23 % de mejorías, un 27 % de casos invariables y un 19 % de casos fatales.

c) Encefalitis y encefalomiелitis.

También en París se inició Rodríguez Arias en el estudio de estos síndromes, pues tuvo allí ocasión de vivir de cerca la epidemia que asoló Europa por aquellos años. Estos estudios los proseguirá más tarde en Cataluña. Como hemos citado, dice don Belarmino: «La anormal epidemia de encefalitis letárgica de Von Economo la reviso y la investigo con tesón en las orillas del Sena y subsiguientemente en Barcelona y sus alrededores».⁵⁹⁰

Publicó unos casos interesantes ocurridos en dos niñas gemelas^{591 592} de 10 y 7 años de edad, falleciendo una rapidísimamente, y que presentaban un cuadro de reacción meníngea, poliomiелitis anterior, síndrome cerebeloso, letargia, parálisis de oculomotores y del facial, movimientos involuntarios y confusión mental. En otros trabajos ulteriores^{593 594} estudia esta familia mencionada junto con otras, indicando el polimorfismo de estas afecciones, la posibilidad de recidivas precoces y la conveniencia de no vacunar contra la viruela a niños sospechosos de tener infección evolutiva. Dada la coincidencia familiar, piensa en una predisposición constitucional e inmunitaria posible.

Otro caso interesante fue publicado en castellano y catalán^{595 596} bajo el título de *Reagudización de la encefalitis epidémica*, donde presenta un caso que padeció una encefalitis en 1921, con un parkinso-

nismo postencefalítico y que unos diez años más tarde padece cuadro gripal y nueva sintomatología de encefalitis aguda (letargia, diplopia, febrícula, etc.). Plantea el problema de si se trataría de una reagudización sobre infección antigua latente, o bien una auténtica reinfección.

Otro capítulo de su interés fue la relación entre la vacunación antivariolosa y la encefalomiелitis aguda, sobre lo que publicó en Francia,⁵⁹⁷ y en Barcelona presentó dos casos en la Sociedad Catalana de Psiquiatría y Neurología (Sesión del 23-II-1932)⁵⁹⁸ de encefalitis post-viruela, proponiendo ser muy cauto a la hora de vacunar de viruela en épocas de epidemias de encefalitis, lo que corrobora —en la discusión— Subirana. También en el país vecino, publicó sus observaciones acerca de las alteraciones de la fórmula leucocitaria en los procesos encefalomielíticos.⁵⁹⁹

d) Neurología preventiva o profiláctica.

El interés de Rodríguez Arias por la vertiente previsor de la especialidad neurológica queda patente en el título de su discurso de ingreso como académico en la Real de Barcelona: *Estampa o aspectos de la Higiene y de la Profilaxia en clínica neurológica*.⁶⁰⁰ Anteriormente, publicó también estudios sobre la neurosífilis⁶⁰¹ haciendo hincapié en los factores que conducen a la metalúe y el modo de evitarlos, los beneficiosos efectos de la malarioterapia, y exponiendo su escepticismo respecto a las posibles medidas a tomar en orden a prevenir la aparición de las metalúes, y otro artículo sobre este tema que constituyó una comunicación al VI Congreso de Médicos de Lengua Catalana, y que versó sobre las enfermedades nerviosas y la mortalidad infantil.⁶⁰² En él, estudia la frecuencia de los procesos neurológicos en la infancia, que sería en el orden de: procesos inflamatorios > vasculares > tumorales > degenerativos. Dentro de los primeros se ocupa de la meningitis tuberculosa, poliomiелitis, encefalitis y lúes. Expone las dificultades para hacer una distribución justa de las causas neurológicas de mortalidad infantil por la falta de estadísticas en los Hospitales y aconseja la vacunación con B.C.G. y la práctica de la autopsia hospitalaria como medio de obtener estadísticas verídicas y fiables.

Aunque se salen del límite cronológico de nuestro estudio, citaremos dos trabajos posteriores que publicó Rodríguez Arias en 1957⁶⁰³ y 1973⁶⁰⁴ y que muestran el interés del autor por estos temas, a los que se les ha prestado tan escasa atención en nuestro país.



e) Tumores cerebrales.

Una serie de casos clínicos de tumores diagnosticados, –aunque no siempre verificados– fueron publicados por Rodríguez Arias antes de la guerra civil, y constituyen el núcleo de su obra en este campo. El primer caso fue presentado en la 3.^a reunión neurológica internacional anual en París (2-3 junio 1922), donde comunicó acerca de un adenoma eosinófilo de hipófisis (gigantismo acromegálico). Más tarde, presentó en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona (Sesión del 7-3-31) «Un caso de tumor de la zona motriz cerebral»,⁶⁰⁵ publicado más tarde^{606 607}, aunque sin confirmar histológicamente. Llegan al diagnóstico por «una zona de ligera usura a nivel del área rolándica izquierda», lo que hace el diagnóstico más que dudoso. En cuanto al tratamiento, recomiendan intervención precoz, pero sin descartar el tratamiento antilúético, lo que puede indicar que tampoco los autores estaban totalmente convencidos de su diagnóstico.

Dos casos clínicos (un tumor extirpado y un goma tratado con tratamiento específico), constituyen el meollo de otro de sus trabajos sobre este tema⁶⁰⁸ en el que hace unas consideraciones generales sobre la sintomatología de los procesos expansivos y expone la conveniencia del diagnóstico precoz. En los casos dudosos aconseja la ventriculografía y la angiografía, animando a que esta última «se ensaye tanto como el clásico del aire».⁶⁰⁹

Por último citaremos un caso complejo e interesante, bien estudiado, que presentó hemiparesia, signos de lúes y calcificaciones intracraneales.. Estudia Rodríguez Arias las calcificaciones intracraneales, haciendo mención de endoteliomas, psamomas, gliomas, tuberculomas, gomas, cisticercos, aneurismas y focos antiguos de encefalitis.⁶¹⁰

f) Síndromes heredodegenerativos y extrapiramidales.

Entre los primeros, cabe mencionar la que parece haber sido descripción princeps de la idiocia amaurótica familiar en España. Junto con Pons Balmes y Juncosa Orga⁶¹¹ presentan dos hermanos de 5 años y 10 meses, que padecían idiocia y atrofia simple del óptico. No describen la mancha color cereza ni había antecedentes semíticos, aunque coincide idiocia, atrofia óptica y presentación familiar.

Los autores creen se trataría del primer caso nacional, pues uno señalado por el doctor Durán «hace referencia a un enfermo estudiado fuera de España».⁶¹² En la discusión del caso, Peris indica que

Barraquer había tratado dos hermanos con la mencionada afección, si bien no los dio a conocer públicamente. Sarró dice que el presentado es el primer caso que se cita en España.

También con Juncosa Orga, estudió un caso de heredoataxia cerebelosa,⁶¹³ que fue objeto de comunicación al VI Congreso de Médicos de lengua catalana.

Respecto a los síndromes extrapiramidales, fue el espasmo de torsión su preferido. Sobre él publicó en 1930^{614 615} indicando la rareza de la afección (recoge 33 casos publicados hasta 1918) y citando a López Albo como el único español que había publicado algún caso. Opina que es un síndrome de etiología postencefalítica frecuentemente o más raramente formando parte del conjunto sindrómico de la enfermedad de Wilson o del mal comicial.

Ulteriormente –junto con Capó– comunicó el caso de un niño con rotación de cabeza, tronco y brazos y mioclonias abdominales persistentes, que mejora con un tratamiento a base de bulbo-capnina. En la presentación⁶¹⁶ dicen haber estudiado otros 7 casos de espasmo de torsión con anterioridad al expuesto.

Sobre estos temas, siguió trabajando Rodríguez Arias, aún durante la contienda civil, de lo que es ejemplo el caso publicado en 1937, en Uruguay, titulado «*Discinesias faciales. (buco-palpebrales) constituyendo el síntoma dominante de estados postencefalíticos*»⁶¹⁷

g) *Síndromes neuroendocrinos y metabólicos.*

Publicó Rodríguez Arias sobre la lipodistrofia cefalotorácica progresiva de Barraquer, en 1927⁶¹⁸ y posteriormente en 1950,⁶¹⁹ sobre el síndrome adiposogenital⁶²⁰; sobre las polineuritis carenciales del beri-beri⁶²¹ y –quizá el caso más interesante– una lipomatosis simétrica que coexistía con aquileos abolidos, y que titula «Lipomas simétricos múltiples de las extremidades y signos polineuríticos que simulan una enfermedad de Recklinghausen⁶²² y que deslinda cuidadosamente de la lipomatosis dolorosa de Dercum.

h) *Notas técnicas.*

Tres notas técnicas hemos recogido entre las publicaciones del neurólogo catalán. En la primera, *Nota sobre la técnica de las inyecciones intrarraquídeas por el procediment de la gravetat*,⁶²³ describe un método que consiste en colocar el suero a inyectar a cierta altura, para que caiga por su propio peso y pase al conducto raquídeo. Evita el transvase a la

jeringa y permite –variando la altura– regular la presión. En la segunda, *Nota sobre la reacción de Boveri*, describe la técnica que practica en 15 enfermos concluyendo que si la reacción es positiva, el L.C.R. es patológico, que es más sensible que las de Nonne-Appelt y de Noguehin y que la relación entre intensidad de la reacción y la cantidad de albúmina es aproximada, destacando su utilidad en la meningitis y lúes.⁶²⁴

La tercera, *Nota sobre la técnica de la reacción de Lange*⁶²⁵ consiste en una ligera observación sobre esta reacción.

i) Terapéutica.

La objetividad de Rodríguez Arias le hacía no confiar demasiado en el arsenal terapéutico –modesto– que la época le ofrecía, en el campo neurológico. Hemos señalado que trataba la neurolúes con bismuto y salvarsan, y la parálisis general progresiva con la piretoterapia. En el párkinson utilizó la banisterina («Se muestran muy satisfechos de los resultados alcanzados por la banisterina en el tratamiento de los parkinsonianos. Han logrado gran número de mejorías» cita Rodríguez Arias).⁶²⁶

Más escéptico aparece en su trabajo *Crisis gástricas tabéticas; inutilidad del tratamiento*⁶²⁷ en el que sólo valora la cordotomía, como de cierta eficacia.

Más optimistas son los resultados que presentó en el segundo Congreso Internacional de Neurología de Londres, en 1935, sobre la terapéutica quirúrgica de la epilepsia (*Contribution a l'étude de la thérapeutique chirurgicale de l'épilepsie*),⁶²⁸ donde –junto con Tolosa y Corachán-Llort– expone los resultados del tratamiento quirúrgico de 10 casos de epilepsia focal (5 esenciales, 2 postraumáticos, 2 por encefalopatía infantil y 1 por subdural calcificado). Realizaban excitación farádica suave cortical preoperatoria, obteniendo crisis cortical aparentemente patológica. En los dos casos postraumáticos, extirparon la cicatriz neuroglial, y en las postencefalíticas la corteza patológica responsable. También el subdural fue extirpado. Concluyen en que la mayor parte no han vuelto a presentar crisis.

Quizás esta mayor confianza en la eficacia de la neurocirugía –entrevista por la mejor élite de la neurología– le movió a acompañar a Puusepp –el célebre neurocirujano del Báltico– a Madrid en 1929 e instarle a exponer lecciones en el anfiteatro de San Carlos y en el servicio del doctor Marañón, así como a practicar algunas intervencio-

nes en el Hospital General, entre ellas un tumor de ángulo pontocerebeloso.⁶²⁹

j) *Investigación clínica.*

Además de los trabajos citados acerca del tratamiento quirúrgico de la epilepsia, que eran pioneros en su época, y que fueron conducidos con espíritu científico-experimental (localización previa de la lesión con métodos eléctricos, extirpaciones localizadas y económicas, etc.), Rodríguez Arias y sus colaboradores, tienen el mérito de haber sido el primer grupo (seguido, casi simultáneamente por la escuela de Barraquer) que realizó en nuestro país, y de los primeros en el mundo, las exploraciones angiográficas y las mielográficas y neumoencefalográficas.

Rodríguez Arias nos ha referido que en un caso de compresión medular, con síndrome de Froin, realizó una mielografía –como se hacían en aquella época (hacia 1922)– con lipiodol descendente, introducido por punción cisternal. El contraste se detuvo por encima de la tumoración, y entonces Rodríguez Arias ideó introducir aire por vía lumbar, con el fin de ver el límite inferior de la tumoración, siendo –quizá– la primera imagen de este tipo realizada en el mundo.

Comunicó el hecho a Sicard, quien al poco tiempo publicaba las ventajas de la introducción del contraste por vía lumbar, y no por vía cisternal, como se venía haciendo.

Sus contactos con Egas Moniz –con quien le unía una buena amistad– le movieron a realizar angiografías, en los albores de la técnica. Realizó estas exploraciones –las primeras en nuestro país, según creemos– en microcéfalos oligofrénicos del Manicomio de San Baudilio, y utilizaban bromuro de sodio en solución. Eran los años 1930 y 1931.

En un caso, se había realizado una neumoencefalografía previa, obteniéndose una imagen combinada de ventrículos y arterias, que fue igualmente de las primeras del mundo. El haber tenido que lamentar alguna complicación severa hizo que no intensificara estos estudios, que en aquellos años constituían quizá más bien experiencias clínicas que métodos diagnósticos.

El propio Rodríguez Arias, expone estos ensayos: «Mis tentativas radioneurológicas sobre localización visualizada de las compresiones medulares, reconocimiento del árbol vascular encefálico en los oligofrénicos e imágenes neumo y angioencefálicas concomitantes pertene-

cen a ese amplio intervalo de mi crónica. También –de seguro– los ensayos neuroquirúrgicos llevados a cabo en bastantes epilépticos graves, internados en el manicomio por ser dementes orgánicos o alienados peligrosos».⁶³⁰

Subirana Oller, Antonio

La obra de Antonio Subirana –en su mayor parte– desborda los límites cronológicos de nuestro estudio, por haber sido realizada en la posguerra española. Una década de su actividad neurológica se encuadra en el período que tratamos, y por tanto analizaremos las publicaciones realizadas en esta época, que abarca aproximadamente desde 1926, año en que el joven Subirana termina sus estudios de licenciatura, hasta 1936 en que comienza el desastre nacional. A pesar de ser su etapa de formación, realizó el ilustre neurólogo excelentes trabajos que expondré a continuación. En cuanto a las características de su actividad, cumplen lo señalado para la neurología catalana –escuela de Barcelona–: dedicación única a la neurología, en este caso sin asomo de mezcla psiquiátrica, y aún con inclinaciones muy concretas dentro de la neurología, a guisa de sub-especialidad (neuro-otología, epileptología), que revelan la madurez de la especialidad, al menos en esta región; formación iniciada en Barcelona (fue interno por oposición del profesor Eusebio Oliver Aznar desde 1923 a 1926 y profesor ayudante de clases prácticas en la cátedra de clínica médica del profesor Ferrer Cagigal), pero desarrollada y completada en Francia. Subirana adquirió su formación fundamentalmente con los profesores Barré y Guillaume en Estrasburgo en 1929 y 1930, si bien visitó además –detenidamente– las clínicas parisinas, especialmente la de Guillain, en la Salpêtrière, y la del gran neurocirujano Thierry de Martel. Asistió igualmente a las últimas presentaciones clínicas de Babinski.

De regreso a España, se doctora en Madrid en 1931, leyendo su tesis el 15 de Diciembre de 1931, acerca de *El síndrome vestibulo-espinal de Barré o síndrome de desequilibrio puro*,⁶³¹ calificada de sobresaliente por los profesores García del Real, Tello, Fernández Sanz y Torre Blanco.

La loable tendencia catalana a la agrupación en sociedades, se patentiza claramente en Subirana, quien será uno de los creadores y fundadores de dos de las sociedades más prestigiosas del país en el ámbito neurológico: La Asociación de Oto-Neuro-Oftalmología de Barcelona, en 1932 y la Sociedad Española de Neurología en 1949.

Por otra parte, Subirana sucedió a Rodríguez Arias en el cargo de director del Instituto Neurológico Municipal («Hace apenas cuatro meses le fue conferida en justicia la dirección del Instituto Neurológico. En su incipiente puesto de trabajo, mejorará —a no dudarlo— mis resultados originarios, sea vigorizando la estructura, ya pequeña, sea fomentando más la actividad cultural, sea refrendando en el ministerio el título de Escuela de Neurología y Neurocirugía, sea marcando derroteros del todo expeditos a la asistencia clínica, higio-profiláctica y socio-administrativa de los pacientes, sea atisbando las necesidades completas de un mañana inmediato». «Los estudios sobre dominancia cerebral, correlaciones clínico-E.E.G. y gobierno facultativo de los epilépticos, por ejemplo, que tanto apoya Subirana, Jr., hallarían un óptimo marco o terreno en el Instituto Neurológico»)⁶³² dice Rodríguez Arias poco después del relevo.

También Subirana se hizo cargo de otro servicio históricamente importante: el consultorio del Hospital del Sagrado Corazón de Jesús, establecido por Barraquer Roviralta años atrás.⁶³³ («Subirana Oller pudo hacerse cargo, oportunamente, de la célula plasmada en el benéfico y popular Hospital del Sagrado Corazón, por el profesor «in pectore» de todos nosotros» dice —en sus crónicas— Rodríguez Arias).⁶³⁴

Su actividad docente la realizó en la Facultad de Medicina y en el Hospital del Sagrado Corazón, y a postgraduados en el Hospital de San Pablo y en el Instituto Neurológico Municipal.

En esta línea docente, dice Rodríguez Arias: «Antonio Subirana, con Luis Oller Daurella en cabeza y una pléyade admirable de discípulos y colaboradores que se eleva sin intermisión, ha ofrecido un tono de asistencia idónea a más y más pacientes, que se ha esparcido luego, en sentido catalítico, a la Jefatura Provincial de Sanidad (Lucha Antiepiléptica), al Hospital de Nuestra Señora de la Esperanza y a los Hogares Mundet de la Diputación Provincial, donde las unidades neurogeriátricas están a la orden del día»

El mismo autor expone algunos rasgos de su carácter: «Subirana, espíritu inquieto antes que nada, dotado de una agilidad extraordinaria para fijar proyectos, para compeler a movimientos colectivos, para instar realizaciones rápidas, para proporcionar extrema bulliciosidad y animación al panorama societario, constituía otro elemento preciso, con vistas a las iniciativas y a las aventuras que —por la diferencia de época, en su favor— tamizábamos, equilibrábamos, ponderábamos o desestimábamos nosotros».⁶³⁵ Alguna razón le asiste a Rodríguez

Arias en sus juicios sobre Subirana, pues en los momentos de escribir estas líneas, y en su octava década, acaba de presidir el Congreso Internacional de Neurología celebrado en Barcelona (1975) y realiza una notabilísima labor neurológica en sus vertientes clínica, docente y académica.

Obra

De la obra de Antonio Subirana, sólo analizaremos la desarrollada en los pocos años de la preguerra –como hemos señalado– que es, sin embargo, sobresaliente en muchos aspectos. Autor muy clínico, de exposición clara y sistemática al estilo francés, resulta en su redacción y lenguaje de apariencia más moderna que los anteriores; sus trabajos –publicados en no escaso número en el país vecino–, los he clasificado en los siguientes apartados:

1.^o) *Síndrome vestibulo-espinal de Barré.*

Puede decirse que Subirana fue el introductor en nuestro país del conocimiento y la importancia de la patología vestibular de expresión neurológica. En su tesis, que versó sobre este tema,⁶³⁶ comienza haciendo una historia de los trabajos que fueron concretando algunas características clínicas o anatomoclínicas sintomáticas de afección vestibular, hasta la individualización del síndrome por Barré. Más tarde expone el síndrome cerebeloso y el vestibular. Señala la expresión hemilateral de las lesiones hemilaterales del cerebelo y, en cambio, la expresión generalizada (aunque con predominio en el lado lesionado) de las lesiones hemilaterales vestibulares. Señala «los vértigos, los trastornos del equilibrio, la diplopía de tipo especial... el nistagmus, las desviaciones secundarias de los brazos (prueba de los brazos extendidos), de la cabeza y el tronco (signo de la plomada de Barré, Romberg vestibular, etc); el diferente comportamiento del enfermo con las tres pruebas instrumentales (calórica, rotatoria y galvánica)... etc.». Describe también el «signo de la disarmonía de Barré» que describe como «aquellos casos en los que unas desviaciones lentas se realizan hacia un lado y otras hacia otro», refiriéndose al componente lento del nistagmus, desviación en el Romberg, etc., lo que indica lesión cerebelosa, ya que el síndrome vestibular puro sería más «armónico». Tras una descripción de las vías y centros vestibulares, describe el síndrome puro, caracterizado por vértigos, con frecuente comienzo brusco, imposibilidad para andar por la falta total de equili-

brio, «imposibilidad para cambiar por sus propias fuerzas de decúbito», positividad de la prueba del psoas de Barré, astasia-abasia absolutas, ausencia de dismetria o signos cerebelosos. Nistagmus no constante ni siquiera frecuente. En la fase de recuperación, los enfermos inician la «marcha a pasitos».

Presenta 12 enfermos con síndrome vestibuloespinal, estudiando —a continuación— algunos de los síntomas importantes, como la «marcha a pasitos» y la ataxia aguda, señalando las afecciones que los producen, y su posible explicación patogénica, para lo que investiga, respecto a la marcha a pasitos, con 25 individuos normales, a los que hace recorrer 50 metros, antes y después de irrigación de ambos oídos, observando una diferencia notable de 20 - 30 pasos más. También estudia la astasia-abasia, el desequilibrio y la prueba del psoas de Barré. Las etiologías son agrupadas en vasculares, inflamatorias o neoplásicas.⁶³⁷

Sobre este mismo tema publicó en Francia varios trabajos,^{638 639} destacando por lo completo del estudio el que se ocupa de la marcha, titulado: *Etude des troubles de la marche des le syndrome vestibulo-spinal*⁶⁴⁰ donde expone las características de la «marcha a petit pas» en los diferentes síndromes e individualiza, dentro de este tipo de marcha, el correspondiente al síndrome vestibulo-espinal: inclinación del tronco hacia adelante, separación moderada de pies sin incoordinación ni dismetría y ausencia de signos piramidales, cerebelosos o parkinsonianos. Estudia también la patogenia de la ataxia frontal, y su relación con la vestibular, exponiendo el estado de las experiencias sobre destrucción del lóbulo frontal y conexiones anatómicas del mismo. En cuanto a las hipótesis etiológicas de la ataxia frontal, valora la hernia encefálica, posible repercusión vestibular de un proceso frontal, desaparición de la acción frenadora frontal sobre el laberinto, simple lesión prefrontal y lesión de las vías cortico-ponto-cerebelosas. Indica por otra parte, que la ataxia ha sido descrita también en tumores callosos, supraselares, temporales, del IIIº ventrículo, etc.

En España presentó y publicó varios casos sobre el tema, describiendo el síndrome^{641 642} al que atribuye —en la mayoría de los casos— una etiología consistente en afecciones vasculares bulbares. También presentó en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología (25-5-31) un caso asociado a tuberculosis pulmonar,⁶⁴³ y otro en el Instituto Médico-Farmacéutico (15-6-31) en el que el síndrome vestibular es presentado como forma de comienzo de la esclerosis en placas.⁶⁴⁴ Puede resultar anecdótico el mencionar que en su presentación, Subirana

olvidó señalar el estado de fondo de ojo, lo que hizo observar Torelló en la discusión que siguió a la presentación. Sobre esta forma de comienzo de la esclerosis múltiple, y sobre la sintomatología vestibular en dicha afección, insistió Subirana en varios trabajos ulteriores, extendiendo por tanto el comienzo de la semiología y patología vestibulares.

2.º) *Parálisis asociadas de pares craneales.*

Diversos trabajos fueron publicados sobre casos clínicos de estos síndromes que asocian parálisis –generalmente periféricas– de varios pares. Uno de ellos, con parálisis del III y IV y VI y rama oftálmica del V de etiología luética, fue objeto de comunicación a la Sociedad Catalana de Psiquiatria y Neurología (23-11-32).⁶⁴⁵

Citaremos también varias comunicaciones en colaboración con Casadesús como: *Síndrome de la encrucijada petro-esfenoidal de origen naso-faríngeo. Parálisis unilateral de los cuatro últimos nervios craneales y tumoración retroparotidea. Parálisis múltiples unilaterales de los nervios craneales y enormes adenopatías submaxilares. Síndrome paralítico unilateral global de los nervios craneales por neoplasia del cavum nasofaríngeo* y la publicación que recoge las anteriores: *Las asociaciones paralíticas unilaterales de los nervios craneales, sin trastornos sensitivos o motores de las extremidades. Su importancia clínica.*⁶⁴⁶

3.º) *Síndromes neuroectodérmicos angiomatosos.*

Cuatro interesantes trabajos hemos recogido sobre este tema, publicados dos de ellos en Francia y dos en España. Titula los primeros: *Enorme angiome congenital de la face et crisses epileptiques chez une fillete agée de dix ans*⁶⁴⁷ y *Un cas de syndrome neuro-cutané avec angiome de la face. Regression presque totale des troubles à la suite du traitement par le radium*⁶⁴⁸ siendo este último un caso muy interesante y muy bien estudiado de angiomatosis encéfalo-trigeminal, con astereognosia y crisis de Bravais-Jackson de hemilado derecho, que mejora con la radioterapia que aplican con sus métodos y características personales e ingeniosas, obteniendo –como se indica en el título– un buen resultado.

Este caso lo incluye, según creemos, en otro trabajo de mayor casuística publicado en España en el que hace más consideraciones generales sobre las angiomatosis neurocutáneas, especialmente el síndrome de Lindau- Von Hippel, y presenta tres casos de enfermedad

de Sturge-Weber,⁶⁴⁹ y también lo presenta verbalmente en España,⁶⁵⁰ haciendo una revisión de los casos publicados con anterioridad, y concluyendo que sólo hay 20 casos de nevus y probable angioma leptomeníngeo, expresando su creencia de que el expuesto es el primero de España. No aconseja la intervención sino la radioterapia.

Otros:

Al igual que sucedió en la capital, en Barcelona existieron otros especialistas además de los señalados, en conexión con la neurología clínica, que contribuyeron a su consolidación como especialidad y a su progreso.

También como en Madrid, algunos se dedicaron a la neurología y otros a actividades para-neurológicas, derivando más tarde hacia la psiquiatría, como Sarró, hacia la neurocirugía, como Tolosa, o hacia otras ramas del quehacer neurológico. Brevemente citaremos, en un orden aproximadamente cronológico a la mayoría, analizando algunos de sus trabajos científicos.

Hacia finales del siglo pasado, y casi al tiempo que se gestaba la escuela del Hospital de la Santa Cruz, de Barraquer Roviralta, ejercían en la ciudad condal neurólogos de menos brillo que el mencionado, pero con una actividad clínica neurológica notable. Uno de ellos fue Celestino Vilumara, quien se formó en París, y ejerció en Barcelona durante finales del XIX y principios del XX. Vilumara inició –junto con Barraquer Roviralta– la neurología catalana, siendo extremadamente ducho en el diagnóstico topográfico y en la terapéutica electrológica.⁶⁵¹ Al contrario que Barraquer, apenas escribió y la actividad docente no le entusiasmaba. Fue hombre íntegro, recto, honrado y que gozó de la amistad y el aprecio de no pocos de sus colegas y pacientes.

También puede considerarse a Buenaventura Clotet como neurólogo de la época.⁶⁵² Según la escasa información verbal que pude recoger sobre este precursor, fue Clotet hombre muy apegado a su tierra natal, tipo del payés catalán y alma de los Congresos de Medicina de lengua catalana que tuvieron lugar desde 1913 hasta 1936. Llegó a publicar –corto tiempo– un curioso periódico titulado *Garba mèdica*, donde dio a la estampa algún artículo de medicina. Murió joven en su querida Cataluña.

Más psiquiatra que neurólogo fue Arturo Galcerán Granés, que publicó sobre psiquiatría y medicina legal, así como un pequeño libro,

en 1895, titulado *Neuropatología y Psiquiatría generales*,⁶⁵³ del que se ha dicho que constituía un aceptable manual para estudiantes, con varias lecciones de neurología, en el que se apreciaba una influencia francesa.⁶⁵⁴ Galcerán fue fundador y primer presidente de la Sociedad de Psiquiatría y Neurología de Barcelona, que inició sus actividades el 11 de marzo de 1911, y –según Rodríguez Arias– gozó de prestigio como psiquiatra en Barcelona a comienzos del siglo.

De índole neurobiológica (neurofisiológica), son los trabajos de Joan Alzina i Melis, y A. Jorro Azcune.

Del primero hemos recogido dos trabajos interesantes: *Nota sobre'l metabolisme nutritiu en dos casos de corea familiar* y *El reflexe oculocardiac en psiquiatría i neuropatología*.^{655 656}

Los dos casos de corea de Huntington fueron estudiados en la clínica psiquiátrica de Munich y en el Max-Josephs Anstalt. Realizan experiencias acerca de la influencia del ejercicio muscular en estos pacientes, a los que miden –después del ejercicio físico– el amoníaco y creatinina. Concluye en que existen trastornos en la síntesis ureica con metabolismo muscular perturbado por el aumento del amoníaco y creatinina y que en consecuencia estos pacientes soportan la fatiga peor que los individuos sanos. Respecto al reflejo óculo-cardíaco, indica que fue descrito antes por Dagnini que por Aschner, y lo divide en normal (disminución de las pulsaciones entre 4 y 12), abolido (nada o menos de 4) e invertido si se produce una aceleración. Lo estudia en diversos procesos psiquiátricos y en la arteriosclerosis cerebral, epilepsia, tabes, meningitis fímica y corea de Sydenhan, dentro del campo neurológico. Es destacable que de 25 epilépticos, hay exageración del reflejo en 21, en la tabes lo encuentra abolido en 10 casos sobre 11, en 2 meningitis tuberculosas está abolido y en la Corea de Sydenhan está normal en 4 casos.

A. Jorro Azcune realizó algunas investigaciones neurológicas, como la descrita en su trabajo *La degeneració de les fibres ascendents i descendents de la medulla espinal després de l'arrencament del nervi ciàtic, (nou procediment d'investigació)*.⁶⁵⁷

Arranca el autor el ciático de los animales, con lo que arranca también raíces anteriores y posteriores; dos semanas más tarde extirpa la médula y estudia las degeneraciones en cordones posteriores, concluyendo que efectivamente degeneran, que lo hacen hasta el bulbo y que esta degeneración es homolateral. También estudia la degeneración descendente, la seciente a lesión del asta gris posterior y la consecutiva a la lesión de las fibras ventrales del cordón anterolateral.

Ya dentro de la clínica se incluyen las observaciones de Estapé: *A propósito de un caso de distrofia muscular progresiva. Orientaciones recientes acerca de su patogenia*⁶⁵⁸ y *Parálisis facial periférica. Diagnóstico diferencial*.⁶⁵⁹ En la primera, presenta el caso de una distrofia en un paciente de 17 años, probablemente un Landouzy-Déjerine, valorando las hipótesis al uso sobre la afectación simpática (tono simpático). En la segunda, presenta un caso de parálisis periférica y otro de parálisis facial central, señalando las diferencias clásicas entre ambas. En la periférica, expone el esquema de Bing, para localizar topográficamente la lesión, según las alteraciones del gusto, hiperacusia, etc.

Numerosos trabajos de índole neurológica publicó el que después sería prestigioso neurocirujano Eduardo Tolosa Colomer, cuya obra neurológica podemos clasificar en dos apartados, uno dedicado a la semiología y otro a la nosología.

En el primero incluyo los siguientes trabajos y comunicaciones:

a) *Sobre la abolición de la fase rápida del nistagmus provocado. Consideraciones sobre la fisiopatogenia del nistagmus*,⁶⁶⁰ en el que presenta un tumor de cuarto ventrículo con abolición casi completa del componente rápido del nistagmus, con desviación mantenida de los ojos en las pruebas calóricas, cediendo más tarde la desviación. En el estudio necrópsico, se evidencia un meduloblastoma del IV ventrículo que presionaba bulbo y protuberancia. Señala que a medida que las investigaciones progresan cada día se considera menos probable el origen cortical de la fase rápida del nistagmus.

b) *Manifestaciones aquinéticas e inhibitorias en el curso del ataque epiléptico*.⁶⁶¹ Presenta en este artículo un caso de crisis aquinéticas, que van seguidas de generalización ulterior (crisis de gran mal). En su opinión, el origen de estas crisis debe localizarse en áreas parietales o frontales, contralaterales.

c) *Sobre el vómito cerebral* (Comunicación al II Congreso Nacional de Patología digestiva. 18-XII-33). Expresa aquí su consideración del vómito como manifestación de hipertensión intracraneal, a veces de modo único (formaseudodigestiva), como aura en las crisis epilépticas en niños y como síntoma en las crisis vegetativas (epilepsia vegetativa).⁶⁶²

d) *Sobre los trastornosseudocerebelosos de origen cerebral. Valor diagnóstico de la prueba de Hoff*. Presenta un caso de tumor cerebeloso, en el que la prueba de Hoff «dio resultados excelentes», pero no dice en qué consiste la tal prueba de Hoff.⁶⁶³

En el segundo grupo citaremos:

a) *Sobre un caso de polirradiculoneuritis. Discusión del papel etiológico del alcoholismo y de la sífilis.*⁶⁶⁴ Expone un caso de síndrome de Guillain-Barré, bien estudiado. Lo llama «polirradiculoneuritis» y expresa su opinión de que es un síndrome distinto del descrito por Guillain y Barré por la evolución prolongada y porque cree que en su caso influyeron como factores etiológicos la sífilis y el alcoholismo, (lo cual nos parece dudoso por haber sido la reacción de Wasserman negativa, y el alcoholismo no demasiado intenso). Valora la disociación albúminocitológica.

b) *Forma pseudo-tabética de la esclerosis en placas* (Presentación en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, 25-II-31). Refiere un caso de esta enfermedad, muy bien estudiado, con exploración clínica exhaustiva, al que compara con otros de la bibliografía.⁶⁶⁵

c) *Disbasia lórdica postencefalítica. Consideración sobre la patogenia de las distonias de actitud.*⁶⁶⁶ (Presentado en la Academia y Laboratorio de Ciencias Médicas de Cataluña, 4-III-31). Se trataba de un caso de distonía postencefalítica, en el que hace notar el autor el contraste entre la facilidad para realizar algunos actos motores difíciles, y la dificultad para la marcha.

En los *Anales* del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, publicó varios artículos neurológicos J. Simarro, que trabajó en el Servicio de Medicina del doctor F. Esquerdo. Temas predilectos de Simarro fueron las enfermedades infecciosas del Sistema Nervioso y el tratamiento de la epilepsia. En el primer grupo citaremos *Un caso de neuraxitis epidémica de forma periférica*,⁶⁶⁷ caso también estudiado por Barraquer. Llama también a la neuraxitis, encefalitis periférica. Utiliza la electroterapia, radioterapia en raquis, salicilato intravenoso, estricnina y fisioterapia (masaje, calor local, movilización), como métodos terapéuticos. Se ocupó también de las encefalitis,⁶⁶⁸ la meningitis a neumococos y su influencia en la producción de aracnoiditis⁶⁶⁹ y la encefalomiелitis eberthiana, respecto a lo que presentó un caso de probable tifus que desarrolló ataxia, paraparesia y «rigidez generalizada» con análisis de L.C.R. normal. Más tarde, el paciente queda parapléjico, con clonus en extremidades inferiores. Es diagnosticado de septicemia eberthiana. No realiza, o no constan, radiografías ni mielografía.⁶⁷⁰

Respecto a la infección sifilítica publicó *Un caso de siringomielia luética. Consideraciones sobre los trastornos vasculares de la siringomielia y*

su tratamiento, caso de lúes nerviosa, que resulta —examinado hoy día— muy dudoso que se tratase de una siringomielia, ya que no se refiere ningún tipo de comprobación.⁶⁷¹

En lo referente al tratamiento de la epilepsia, se interesó por las intervenciones sobre el simpático, publicando en colaboración con T. Lorenzo *Epilepsia en un enfermo anteriormente asmático. Tratamiento por simpaticectomía pericarotídea bilateral. Cesación de los ataques epilépticos, mantenida seis meses después*,⁶⁷² en donde exponen su hipótesis de que tanto los ataques asmáticos como los alérgicos tendrán una base común de polialergia. Creen que en algún caso estaría indicada la simpatectomía en las crisis epilépticas.

Sobre este tratamiento quirúrgico, publicó en colaboración con Corachán Gracia y Corachán Llorca, *El tratamiento de la epilepsia llamada esencial por las intervenciones sobre el sistema nervioso vegetativo vascular*⁶⁷³ respecto a lo que presentan 10 casos, en 8 de los cuales extirpan el corpúsculo carotídeo y en 2 realizan simpatectomía pericarotídea bilateral. Valoran experiencias previas en las que la extirpación de ambos corpúsculos ocasiona desórdenes, y deciden hacerla solamente en un lado. También realizan estudios neuromiográficos previos a la intervención. Obtienen malos resultados en los 8 a los que les extirpan el corpúsculo y mejores en los dos simpatectomizados.

Alguna actividad neurológica desarrolló en los años de preguerra el que sería más tarde conocido psiquiatra, Ramón Sarró. Presentó algunos casos en la Sociedad de Psiquiatría y Neurología, como los titulados: *Parálisis bilateral del posticus y manos de Aran-Duchenne en un tuberculoso pulmonar* (23-5-31) y *Valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico de la encefalografía en un caso de meningitis infecciosa* (7-III-31). Expone en el primero el caso de un paciente con lesión de segunda neurona a nivel cervical y bulbar, pero sin piramidalismo, por lo que lo atribuye a la tuberculosis, antes de etiquetarlo de forma de esclerosis lateral amiotrófica. En la discusión, interviene acertadamente —a nuestro juicio— Rodríguez Arias, para exponer su idea de que la esclerosis lateral amiotrófica, más que una enfermedad propiamente dicha, es un síndrome, y puede ser secuela de poliomielitis crónica o infecciones del neuroeje (lúes, T.B.C., etc.).⁶⁷⁴

Presenta en el segundo, un paciente que padecía hipertermia y cefaleas, con signo de Argyll-Robertson positivo, abolición de patelares y papiledema. Realiza punción lumbar, obteniendo L.C.R. xantocrómico, y posteriormente mielografía descendente que resulta nor-

mal y neumoencefalografía que evidencia moderada hidrocefalia. En su evolución se registra desaparición del papiledema, siendo diagnosticado de meningitis.⁶⁷⁵

También tradujo al castellano el libro *Tratado de las enfermedades del Sistema Nervioso*, de H. Curschman y F. Kramer (Ed. Labor, Barcelona, 1932).

Más específicamente neurológica es la obra de Ignacio de Gispert, quien además de traducir del italiano la obra *Anestesia de los nervios periféricos*, de R. Lettieri (Ed. Maucci, Barcelona), y publicar algunos artículos científicos en catalán sobre neurolúes⁶⁷⁶, colaboró con Barraquer Ferré en la redacción de su monumental Tratado²². De esta excelente obra puede deducirse que Gispert valoró e insistió en la importancia pronóstica que tiene el estudio cuidadoso de los trastornos tróficos en las polineuritis. Estudió la compresión medular (formas parapléjicas oligosintomáticas) sin nivel sensitivo (1934), la esclerosis múltiple y su diagnóstico diferencial con la mielitis sifilítica, la tabes (1935) la encefalitis letárgica, la aracnoiditis, la miastenia (1936) en su forma oftalmopléjica, la herencia en las enfermedades extrapiramidales, la «epilepsia extrapiramidal», la narcolepsia y su tratamiento con efectonina, los tumores frontales, del cuerpo caloso y diencefálicos y la terapéutica de la epilepsia con el prominal.⁶⁷⁷

El líquido cefalorraquídeo fue objeto de estudio especial por P. Escriu Arraut, quien le consagró dos monografías; en la primera (*El líquid cefalo-raquídi, tècniques d'obtenció i generalitats semiològiques*)⁶⁷⁸ explica la producción y circulación del L.C.R. según las experiencias clásicas, de un modo prácticamente exhaustivo; la absorción y funciones del mismo (protectora, mantenedora de la excitabilidad de las células y quizá nutritiva); la técnica detallada de la punción lumbar con sus posibles complicaciones (tumores, especialmente los de la fosa posterior), indicando que en los tumores supratentoriales puede hacerse con grandes precauciones, y en los de la fosa posterior sólo excepcionalmente. Describe también la punción cisternal, la orbitaria, la transcerebral, la prequiasmática y la ventricular. Estudia también la semiología bacteriológica y serológica, así como las cifras normales y anormales (según la patología) de los componentes del líquido cefalorraquídeo y de las células.

En la segunda monografía (*El líquid céfalo-raquídi, semiològia*),⁶⁷⁹ describe las alteraciones del L.C.R. en la paquimeningitis hemorrágica interna, meningitis infecciosa (estreptocócica, meningocócica, tuberculosa, etc.), neurolúes (y sus formas clínicas), hidrocefalia, trombosis

de senos, hemorragias menígeas (en las que se describe que si no hay correspondencia entre las cifras de hematíes y leucocitos debe sospecharse meningitis), traumatismos, encefalitis, arteriosclerosis, epilepsia, migraña, hemorragia espinal, compresión medular, (síndrome de Froin), mielitis, poliomiелitis, enfermedades sistematizadas (E.L.A.), esclerosis en placas, siringomielia, tumores del neuroeje, parasitosis, ciática, enfermedades sistémicas y enfermedades neuropsíquicas. El trabajo es una buena recopilación, aunque como hemos señalado para otros temas, no hay aportación personal.

Sobre neurolúes, presentó en la Academia de Barcelona Pedro Maza algunos casos clínicos, como el de un paciente que padecía crisis focales tardías y hemiparesia derecha, y que en las radiografías de cráneo exhibía «destrucción ósea en el parietal derecho poco acentuado y mucho más extenso en el izquierdo».⁶⁸⁰ Como el Wasserman era positivo ensayan tratamiento antilúético, que empeora la paresia. El estado de las indicaciones quirúrgicas queda reflejado en la discusión del caso: «el disertante se inclina más a seguir el tratamiento antilúético»⁴⁹⁸ a pesar de su ineficacia hasta el momento, Rodríguez Arias, refiere un caso que curó con tratamiento y aconseja esperar. Tolosa tampoco es partidario de aplicar métodos quirúrgicos. Sólo Subirana da un voto de confianza al bisturí y se muestra partidario de la exploración quirúrgica. El mismo autor comunicó acerca de un interesante caso de osteitis sífilítica del cráneo.⁶⁸¹

Por último, citaremos a algunos autores que de forma esporádica publicaron en revistas o comunicaron a Academias diversos estudios neurológicos, como Perpiñá Robert, quien trataba los síndromes parkinsonianos postencefálicos con «largas series de cloruros de cal por vía endovenosa, a fin de disminuir la excitabilidad vegetativa» con lo que los pacientes mejoraron de su rigidez, aunque no de la bradicinesia⁶⁸² y emite la hipótesis de que la acinesia podría ser debida a intoxicación neuromuscular por acúmulo de ácido láctico y creatinina; Blanc Fortacin, que presentó (23-1-32) un caso de fractura de bóveda con hematoma extradural,⁶⁸³ citando como complicaciones posibles el hematoma subdural, el absceso y las crisis convulsivas, y otro caso dudoso de meningitis serosa (13-2-32);⁶⁸⁴ Jaumandreu, que publicó sobre la meningitis cerebral sífilítica;⁶⁸⁵ A. Gresa, que lo hizo acerca de dos casos de miopatía pseudohipertrófica de Duchenne»,⁶⁸⁶ y por último a Pérez Casañas y Roca, discípulos de Barraquer Roviralta, y ya citados en el estudio del ilustre maestro catalán.

OTRAS ESCUELAS Y OTROS NEUROLOGOS EN PROVINCIAS

Bilbao y Santander: López Albo.

El reunir en un solo apartado a las provincias vizcaína y montañesa, se debe a que la actividad de su más distinguido neurólogo, Wenceslao López Albo, se repartió entre ambas. López Albo, a quien los avatares de la contienda civil impidieron crear la gran escuela que sin duda hubiera formado en circunstancias más tranquilas, es uno de los grandes neurólogos españoles, sólo comparable a las primeras figuras de Madrid y Barcelona, y en algunos temas superior a ellos. Sus trabajos –que analizaremos– son de extraordinaria meticulosidad y rigor científico, y sorprende –tras la lectura de los mismos– el olvido en que han caído en nuestros días, donde apenas se citan o se conocen. La figura de López Albo llena pues la actividad neurológica de la cornisa vascocántabra de la preguerra, desde donde se irradia al resto de la península, y más tarde, sin que intervenga libremente la voluntad del ilustre neurólogo, a la nación mejicana.

Wenceslao López Albo nació en Santander, en 1889, de familia oriunda de Colindres, pequeño pueblo marinerio de la provincia de Santander, próximo a Vizcaya, donde la familia conserva la casa en la que transcurrió parte de la infancia de López Albo, y que, más tarde, en su madurez, habría de visitar con frecuencia. Estudia la carrera en Madrid y trabaja después con Achúcarro. Enrique Noguera⁶⁸⁷ nos cuenta su formación: «Doctorado en 1914, después de estudiar neurología y psiquiatría con el doctor Achúcarro en el Hospital General de Madrid y en la Junta de Ampliación de Estudios (laboratorio de histopatología) y con el doctor Gayerre en el manicomio de Ciempozuelos. Pasa luego a Berlín, a los servicios neurológicos y psiquiátricos de los profesores Bonhoeffer, Lewadowski, Krause y Oppenheim.

De Alemania marcha a Francia y perfecciona sus estudios con Pierre Marie. Todavía asiste, en Breslau, al servicio del profesor Förster». «En 1915 abre en Bilbao consulta de sistema nervioso y mentales y adquiere una gran reputación».

Durante estos años y los siguientes, la actividad de López Albo se desarrolla en Bilbao. En 1925, es nombrado director del manicomio de mujeres de Zaldívar, y jefe de la consulta de neuropsiquiatría del Hospital Civil de Bilbao, y allí trabaja hasta el año 28, en que el Marqués de Valdecilla –por consejo de Maraón– le encarga la orga-

nización de la futura Casa de Salud Valdecilla, con lo que comienza su etapa médica montañesa. En estos años, desde 1928, hasta 1940 en que se instala en Monterrey (Nuevo León), Méjico, vive López Albo los años más intensos de su azarosa vida y probablemente los que le proporcionaron más amarguras que satisfacciones. En ellos realizó su magna empresa: la creación e impulsión de la Casa Salud Valdecilla, obra de la que –desgraciadamente– no alcanzó a ver los frutos.

La organización del Hospital de Valdecilla que hizo López Albo en 1928, ha sido resaltada por muchos autores –expertos en su mayoría– como excelente y difícilmente superable. López Albo comienza su tarea con sensatez: visita los grandes centros hospitalarios extranjeros, antes de bosquejar la organización de Valdecilla. «Para dar cima a la erección y organización de la Casa Salud Valdecilla López Albo viaja incesantemente y llega a conocer los más importantes centros hospitalarios del mundo»,⁶⁸⁸ trasladándose también a los Estados Unidos para informarse sobre organización hospitalaria.

Rodríguez Arias se refiere a él como «hacedor o impulsor de la «Casa de Salud Valdecilla»⁶⁸⁹ y también: «El infortunado W. López Albo, en Bilbao primero y en Santander después, labró sin vivir los dominios de una clínica neurológica fuerte, así privada como hospitalaria. Al concebir y realizar el proyecto, inimitable, de la Casa de Salud Valdecilla, marcó un derrotero común soberbio e instauró el peldaño obligado de una clínica neuropsiquiátrica moderna, suficientemente vasta, que regentó hasta su exilio a América».⁶⁹⁰ Fernández Sanz, en su trabajo *La instalación de departamentos neuropsiquiátricos en los Hospitales Generales*⁶⁹¹ y refiriéndose a la mala organización imperante en el país en cuanto a asistencia neurológica hospitalaria, dirá «salvo raras excepciones, como en Madrid y Santander, por ejemplo».

El prestigioso cirujano don Abilio García Barón, nos manifestó en 1974, que «Valdecilla sigue andando con la cuerda que le dio López Albo en 1928». García Barón –conocedor como nadie de la Casa de Salud– nos expresó que el sistema seguido por López Albo para seleccionar a los jefes de las especialidades, fue el de preguntar a las primeras figuras médicas del país por los discípulos aventajados que pudieran tener, y ofrecerles la plaza de jefes de la especialidad correspondiente en Valdecilla.

La rectitud y honradez de López Albo, –que luego comentaremos– hicieron que los primeros problemas comenzasen, ya que por ciertos provincialismos extrañamente entendidos, médicos especialistas de la ciudad, reclamaban este derecho a trabajar en el hospital

que se calificaba en aquel momento como «uno de los mejores de Europa». Algunos médicos locales se sintieron postergados por no haber sido elegidos y criticaron a López Albo. En otro caso, fue una recomendación la que obligó a López Albo a duplicar una plaza, por incompetencia del recomendado, quien, al crearse dos servicios para la misma especialidad, también se sintió postergado, con las consiguientes críticas al director. Salvo estos problemas, casi inevitables en la organización de un gran hospital, en aquella época, y la muerte de su padre en diciembre de 1929, ésta debió ser una época feliz en la trayectoria de López Albo. Goza de la confianza del Marqués de Valdecilla, es director (desde abril de 1928) de «uno de los mejores hospitales de Europa» y jefe de servicio de neuropsiquiatría del mismo, es conocido y respetado en los ambientes neurológicos del país y figura en las sociedades de la especialidad con importantes cargos; muchos de los jefes de los servicios de Valdecilla han sido nombrados por o a través suyo; inaugura Valdecilla con la asistencia de las más ilustres personalidades científicas, y tiene en su haber una formación sólida en lo neurológico. Por otra parte, su vida familiar no le ocasiona problemas de importancia y sus ingresos profesionales le permitían una vida desahogada. Su propia esposa planeó la vivienda que ocupaban en el recinto hospitalario. Todo parecía marchar favorablemente, pero, curiosamente, López Albo dimite en 1930 de sus funciones de director y de jefe de servicio, siendo sustituido en este último cargo por Aldama.

Gaceta Médica publica la noticia: «Ha dimitido de su cargo Wenceslao López Albo» y a continuación «Razones de delicadeza nos constriñen a no poner comentario sobre esta noticia, que ha sorprendido grandemente en los círculos médicos».⁶⁹² López Albo dimite el 9 de septiembre de 1930, es decir a los dos años de haber sido designado director y a los pocos meses de la inauguración efectiva del hospital. ¿Qué razones le indujeron a ello? ¿Por qué motivo López Albo abandona su servicio, su hospital, su provincia y su nueva casa y regresa a Bilbao? Para contestar a esta pregunta, conviene señalar algunas de las características de la personalidad del ilustre neurólogo. Todos los que le trataron coinciden en que fue un hombre recto, íntegro, enérgico, de principios básicos inmutables, exigente consigo mismo y con los que le rodeaban y justo en cuanto que no admitía la corrupción ni el soborno por leves que fuesen. Esta rectitud rayana en la intransigencia, le ocasionó diversas enemistades, como indica Pittaluga:⁶⁹³ «López Albo es un hombre enérgico en quien sus compañeros

han sentido al capitán. Capitán de un navío contra el cual no faltan los conatos de tempestad. Conatos inútiles». Estos conatos de tempestad –quizá no tan inútiles como optimistamente suponía Pittaluga–, se iniciaron con los problemas que la designación de los jefes de servicio le ocasionó entre los elementos locales como hemos apuntado anteriormente, pero el factor decisivo vino por la vía clerical.

López Albo había visitado hospitales europeos y americanos modernos, y había constatado las ventajas de la enfermera seglar, generalmente joven y dedicada exclusiva o preferentemente a su profesión, sobre la tradicional monja de hospital. Incluso hizo venir a enfermeras inglesas y alemanas para formar jóvenes españolas. La pugna entre la comunidad religiosa y López Albo no se hizo esperar. La primera logró el favor y el apoyo de la marquesa de Valdecilla y el segundo contaba con la amistad del marqués. El desenlace (con la iglesia hemos topado, Sancho) fue obvio. Las monjas, que habían sido relegadas por López Albo a funciones administrativas y religiosas, invadieron un buen día el hospital, por indicación de la marquesa, y el director inmediatamente dimite. Quizá la politización de todos los acontecimientos –tan característica de la época– no fue ajena a esta dimisión. Wenceslao López Albo fue hombre republicano, de izquierda republicana, aficionado a leer de política, y poco amigo del clero, aún sin ser anticlerical. No es seguro que fuera masón, como afirman algunos de sus coetáneos, pero niegan repetidamente sus allegados más íntimos. En todo caso, fue antimonárquico, como él mismo afirmó en una entrevista publicada en 1931, cuando se instauró la república. A la sugestiva pregunta de ¿cómo acoge el protomedicato español el cambio de régimen?, contesta López Albo que espera que «con la república se instauren normas éticas y cívicas ausentes en los hombres de la monarquía, que se caracterizaban por un permanente y odioso atropello a la dignidad ciudadana y nacional». Espera «la abolición de todos los privilegios de la plutocracia»... «La reforma agraria» y «las reformas necesarias para que la llamada beneficencia se convierta en una institución de justicia social».⁶⁹⁴ Por estas razones, muchas personas influyentes de Santander, se harían, probablemente, la esquemática pregunta de ¿cómo han dado Valdecilla a uno de izquierdas? y –también probablemente– no encontraban otra respuesta mejor que la de apoyar a las monjas en sus «reivindicaciones».

Todos estos problemas, especialmente el planteado por la falta de acatamiento del clero a las órdenes de López Albo de dejar las labores

de enfermería en manos de las enfermeras seculares, hicieron dimitir a don Wenceslao, quien regresa a Bilbao y reemprende su vida anterior dedicada preferentemente a su consulta privada. No duró esto mucho tiempo, pues al triunfar en las elecciones el frente popular es llamado de nuevo a Valdecilla como director. En esta época —de pasiones políticas ya desatadas— y en los comienzos de la guerra civil, su gestión como director fue —en otro sentido al expuesto anteriormente— extraordinariamente eficaz y honrada. Según el testimonio absolutamente respetable y fidedigno de García Barón, protegió a todos los médicos de la Institución, incluidos los de derechas, e impuso el orden en el hospital frente a la anarquía imperante en cuanto a horarios, visitas, etc. El hecho de que llegaran a producirse asesinatos de enfermos ingresados, da idea del desorden en que se vivía en aquellos momentos, desorden que —según indica García Barón— hubiera sido insoportable, insufrible y desastroso, si la personalidad y el prestigio de López Albo no lo hubieran mitigado. Según la autorizada fuente del cirujano palentino, López Albo impidió la entrada de las masas en el hospital, y aconsejó a varios médicos de derechas que viviesen permanentemente en el hospital, donde estaban protegidos por él. Durante esta época ya no vivía en Santander, sino que se desplazaba los sábados a Bilbao, donde había fijado su residencia.

Mientras Santander está en manos de los republicanos, López Albo permanece en la ciudad, pero cuando entran los nacionales, salió con su mujer y sus cinco hijos en una pequeña embarcación, desde la bahía de Santander, hacia San Juan de Luz.

De allí pasó a Niza, donde se puso en contacto con la familia de su esposa, los Suárez Murias, gente adinerada que tenían o habían tenido fábrica de tabacos en Cuba. La convivencia durante tres o cuatro meses en Niza con su familia política, probablemente a un nivel de vida alto, hizo que circulase un rumor malicioso por Santander que amargó algunos años al neurólogo montañés. Publicaron algunos periódicos de la capital cántabra sugerencias de que López Albo se había marchado con el radium del hospital, y que con el producto de su venta o hipoteca «se estaba dando la gran vida en Niza». Efectivamente López Albo había salido con el radium, cumpliendo órdenes del gobernador civil (socialista) quien quería evitar que cayera en manos de los nacionales, pero lo entregó al gobierno de la república en París. El valioso elemento pasó más tarde a Méjico, y a través de la asociación mundial de radiología volvió a Valdecilla. Esta

sucesión de hechos parece ser la más verosímil, según los testimonios más imparciales que he podido recoger.

De Niza pasa a Barcelona, con sus cinco hijos, donde permanece hasta 1939, desempeñando el cargo de director de Sanidad Militar del Ejército Republicano. De Barcelona se trasladó a Cuba, ya que su esposa y su padre político eran cubanos y poseían allí negocios, pero el gobierno de la isla no daba facilidades para ejercer los respectivos oficios a los emigrados españoles, por lo que en el año 40 se instala en Monterrey (Nuevo León), donde el estado mejicano la pensiona para que ejerza y enseñe. Revalida el título de médico y enseña en la Facultad psiquiatría, neurología y neuroanatomía, en los cursos 4.º y 5.º.

Permanece en Monterrey dos años, pero no encuentra en esta ciudad un ambiente científico adecuado, por lo que en 1942 se traslada a Méjico capital, donde es nombrado jefe de la sala de neuropsiquiatría y neurocirugía del Sanatorio Español de Méjico, donde trabaja e inicia una escuela, hasta su muerte. En estos años, monta una pequeña clínica neuropsiquiátrica junto con Lafora que se encontraba también en exilio.

Wenceslao López Albo murió en Méjico, D. F. el 28 de diciembre de 1944, a causa de una afección renal, de la que había sido intervenido 8 horas antes.

Según García Barón, López Albo fue hombre de virtudes, entre las que destacaban su honradez y su rectitud, y, en otro terreno, su enorme capacidad organizadora. Para el ilustre cirujano, fue el creador del trabajo en equipo en Valdecilla, y uno de los primeros de practicarlo en el país.

Obrador lo describe como hombre meticoloso, honrado en su actividad social y en la científica, buen neurólogo, excelente clínico, incapaz de una acción ruín, trabajador nato y cirujano mediocre.

Otros testimonios que he podido recoger verbalmente le describen como extraordinariamente justo refiriendo el hecho de que en los años de escasez y penuria de alimentos, de la guerra, nunca se aprovechó de su condición de director del hospital para obtener privilegios gastronómicos, prefiriendo que su esposa e hijos pasasen las necesidades de todo ciudadano, a pesar de que sabía que algunos médicos obtenían por su condición algún favor alimenticio en el hospital. También logró sacar a colegas de la cárcel, en la época republicana, aunque no fuesen sus amigos personales y no pensasen como él en lo sociopolítico.

Parece ser que fue austero en sus costumbres. No fumaba ni apenas bebía. Su hijo le describe como persona hogareña, que nunca frecuentó el café ni el cine ni los toros, trabajador, recto hasta la intransigencia, jamás dado a la crítica o a la murmuración, introvertido y de pocas palabras, pero enérgico. Su gran ilusión fue la organización de una Facultad de Medicina en Valdecilla.

Rodríguez Arias con su peculiar estilo, traza un perfil justo, del hombre y del médico. Dice el historiador y neurólogo catalán: «López Albo, neurólogo y neurocirujano de la vieja guardia, hacedor o impulsor de la «Casa de Salud Valdecilla» (Santander), desprendido, imparcial, aunque penosamente dúctil en sus convicciones de profesional, de instruido, de dirigente, de lucubrador, etc., se movía «ad hoc» en el seno de la asociación, que regentó hábilmente, más tal vez que en su ambiente comarcal bilbaíno y montañés o de sanatorio.

Se vio obligado a torcer o modificar el concepto que prohió y fue víctima de su rigidez, al punto, en sobrados aspectos de la actividad humana. Fracasó por lo que sea, y, derrotado, México le acogió más tarde en una Universidad, donde finalizó sus días sin el prestigio, sin la inmensa capacidad de ordenación, de tarea feliz, de examen benedictino de los fenómenos biológicos»...⁶⁹⁵ «Yo le apreciaba de veras, le realzaba y enaltecía. Pero los adeptos sumaban legiones en el pasado distante».⁶⁹⁶

Obra

López Albo publicó de diversos temas, que hemos clasificado en los apartados que analizaremos según los grupos nosológicos de la patología del sistema nervioso; pero además de estos grupos convencionales, tuvo cierta predilección por el tema de las parasitosis encefálicas y de todo el sistema nervioso, tema que estudió de modo minucioso y exhaustivo, tal como correspondía a su personalidad, que gustaba de llegar —en lo posible— al fondo de las cuestiones.

Analizaremos sucintamente los trabajos que realizó acerca de las mencionadas parasitosis, procesos expansivos intracraneales, procesos raquimedulares, neurolúes y enfermedades infecciosas del sistema nervioso, procesos vasculares encefálicos, parálisis postsuéricas, otros procesos y terapéutica.

1.º) *Parasitosis del sistema nervioso*

Más de una docena de importantes trabajos dedicó López Albo a este tema. El más completo, y que abarca —en parte— algunos de los

demás, lo tituló *Parasitosis del sistema nervioso central* (Neuroaxitis parasitarias), publicado en 1933.⁶⁹⁷⁻⁶⁹⁹ Se trata de un artículo muy erudito, que constituyó ponencia de neurología en la VI Reunión de la Asociación Española de Neuropsiquiatras celebrada en Granada, del 2 al 6 de Octubre de 1932.

Ofrecemos su clasificación, que es la que seguiremos también para el comentario de sus trabajos. Divide López Albo las parasitosis en animales y vegetales, y éstas a su vez en los siguientes grupos.

–*Parasitosis animales*

- | | | |
|-----------------|---|--|
| a) Artrópodos | { | Miriápodosis
Miasis |
| b) Trematodos | { | Distomatosis
Bilharziosis
Teniasis
Cisticercosis
Cenurosis
Equinococosis |
| c) Nematodos | { | Ascaridiasis
Oxiurosis
Anquilostomiasis
Filariosis
Triquinosis
Tricocefalosis |
| d) Espiroquetos | { | Espiroquetosis recurrente.
Espiroquetosis icterohemorrágica.
Espiroquetosis ratuna (Sodoku)
Espiroquetosis pertenua |
| e) Rizópodos | { | Amebiasis |
| f) Flagelados | { | Tripanosomiasis africana
Tripanosomiasis americana |

g) Esporozoarios	{ Coccidiosis Plasmodiosis Bartonellosis Rickettsiasis Microsporidiosis Haplosporidiosis
-Parasitosis vegetales	
a) Hifomicetos	{ Actinomicosis Actinobacilosis Oidiomicosis Moniliasis Esporotricosis
b) Ascomicetos	{ Endomicosis Sacaromicosis Torulosis Aspergilosis
c) Ficomicetos	{ Lichtemiosis Coccidioidiosis

A lo largo del trabajo, estudia minuciosamente las características biológicas, epidemiológicas, clínicas, patológicas y terapéuticas de las mencionadas afecciones. Destaca el profundo estudio de la cisticercosis, de la que describe seis variedades clínicas: forma tumoral epiléptica, forma tumoral pura, forma ventricular, forma meníngea basilar, forma psíquica y forma meníngea espinal.

Siguiendo su clasificación, citaremos en primer lugar su magnífico trabajo sobre *Parasitosis del neuroeje y de las meninges, producidas por artrópodos espiroquetos, rizópodos, flagelados y esporozoarios*,⁷⁰⁰ donde estudia las miriapodosis, miasis, espiroquetosis, pian, amebiasis, tripanosomiasis, paludismo, bartonellosis, rickettsiasis, tifus exantemático, microsporidiosis, rabia (de la que presenta un curioso caso en que aparece el cuadro clínico a los 2 años y 3 meses de la mordedura) y haplosporidiosis.

Dentro de las enfermedades producidas por nematodos, fue su predilecta y la que estudió a fondo la cisticercosis; los dos primeros casos los publicó en 1932, indicando que son —a su parecer— los

primeros publicados en Vizcaya y en España (hace notar que un caso de Egas Moniz provenía de Galicia).⁷⁰¹.

El primero era un paciente que padecía crisis epilépticas y tenía también un absceso pulmonar. En la necropsia se observaron 15 vesículas corticales, 2 profundas y un absceso cerebral que ocupaba todo el hemisferio izquierdo. Expresa López Albo su opinión de que los abscesos pudieran ser cisticercos abscesificados.

El segundo presentaba un cuadro de hipertensión intracraneal, con edema de papila, trastornos mentales y hemiparesia izquierda, y al que tratan mediante intervención descompresiva subtemporal.

Tras exponer los casos y sus enseñanzas, hace un estudio histórico acabadísimo de la afección, y a continuación describe la anatomía patológica, con la variedad racemosa y las lesiones meningeas, vasculares, endimarias y cerebrales. Describe igualmente la clínica, incluyendo la cefalea por obstrucción brusca del IV ventrículo, según los movimientos de la cabeza, en los cisticercos intraventriculares, descrita por Bruns, y otros casos de la literatura de cisticercosis del III^o ventrículo.

Expone las formas menígea basilar, y psíquica, y cita como frecuente la forma espinal. Señala también la posible existencia de arteritis obliterante, las características del L.C.R., concediendo gran valor a la eosinofilia liquoral y menos a la sanguínea, la posible positividad de la reacción de Wasserman y el valor del examen del fondo de ojo, donde pueden observarse quistes parasitarios.

Por el curso clínico, la divide en: latente, aguda, suabguda, crónica e intermitente. Llama la atención sobre las calcificaciones, a veces visibles radiológicamente y la frecuencia de las crisis epilépticas. Concluye que el diagnóstico diferencial es difícil y debe hacerse con los tumores, la epilepsia y los abscesos, principalmente, dando gran valor —aunque no absoluto— a la eosinofilia subaracnoidea y sanguínea y a la reacción de fijación del complemento. «Los ataques epilépticos que cesan durante años y se repiten más tarde, se acompañen o no de síntomas de hipertensión intracraneal; la agravación progresiva del sujeto epiléptico y la hipercitosis con eosinofilia subaracnoidea, permitirán, si se reúnen en el enfermo, asegurar casi la presencia de cisticercosis del sistema nervioso central».

Como tratamiento, propone el quirúrgico, al que considera único eficaz.

Termina su exposición con la relación de 186 citas bibliográficas en todos los idiomas cultos.

Sobre la forma racemosa, dio a conocer, en colaboración con Mendizábal, Feijóo y Urquiola, el titulado: *Cisticercosis racemosa de la base del cerebro (perihipofisaria y periquiasmática). Eosinofiliorraquia y aglucorraquia. (Primer caso diagnosticado en vida en España)*, que —efectivamente— fue el primero de país.⁷⁰² Publicó además dos trabajos^{703 704} en colaboración con Feijóo, sobre un caso de cisticercosis cerebromeningea, que exhibía un cuadro de hipertensión intracraneal, con aglucorraquia y eosinofiliorraquia, a la que conceden gran valor cuando es superior a 10 elementos. Utilizan también como test, la prueba de desviación del complemento con antígeno de cisticerco. Muy similar es otro caso también en colaboración con Feijóo y asimismo de orientación biológica, de meningitis con leucocitosis y eosinofilia en el L.C.R., en el que también realizan la reacción de fijación del complemento y la intradermorreacción. Quizá lo más original del trabajo sea el diagnóstico diferencial que realizan con la meningitis fímica, para lo que —lógicamente— consideran muy importante la inoculación al cobaya.⁷⁰⁵

Por último, citaremos una comunicación que presentó a la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (24-5-35),⁷⁰⁶ sobre una forma dorsal, que ocasionó paraparesia progresiva sin bloqueo manométrico, con eosinofilia en el L.C.R. y menor en sangre. Practicaron mielografía que mostró aracnoiditis espinal, con dificultad de paso en D12. Una vez más, valoran mucho la eosinofilia del L. C. R. en la que apoyan el diagnóstico, ya que el caso, carece de confirmación histopatológica.

Menos publicó en cambio de la equinocosis, de la que sólo hemos tenido noticia de una comunicación a la Sección de Cirugía del II Congreso Nacional de Pediatría, celebrado en San Sebastián en diciembre de 1923, que versó sobre un *Quiste hidatídico equinocístico encefálico en un muchacho de 10 años*.⁷⁰⁷

Más artículos dedicó a la coccidiosis, entre los que cabe citar uno intervenido quirúrgicamente⁷⁰⁸ pues presentaba edema de papila y otros signos de hipertensión intracraneal, extirpándose tres nódulos de «una masa gránulo-caseosa de color amarillento». El estudio del caso es excelente, acompañando a la presentación unas no menos excelentes fotografías de la preparación, realizada por don Pío del Río Hortega, y habiéndose demostrado la presencia del parásito en el líquido cefalorraquídeo.

Otros dos casos publicó López Albo sobre tan interesante tema,⁷⁰⁹⁻⁷¹¹ y también dos trabajos dedicó a las parasitosis por trematodos y nematodos, uno para cada género ^{712 713}. Respecto a las

parasitosis vegetales, destaca su exhaustivo trabajo *Parasitosis vegetales del neuroeje y de las meninges*⁷¹⁴ en el que estudia la actinomicosis, actinobacilosis, oidiomicosis, moniliasis, esporotricosis, endomicosis, sacaromicosis, torulasis, aspergilosis, lichthiemiasis y coccidiosis, con gran erudición desde el punto de vista bibliográfico.

2.º) *Procesos raquimedulares*

Siete importantes trabajos que pudieran incluirse en este epígrafe publicó López Albo entre 1923 y 1936.

Sobre «esclerosis medulares», presentó tres familias de lo que llamaba «esclerosis medular combinada atáxica congénita», que presentaban antecedentes luéticos, por lo que atribuye a la espiroqueta la causalidad del síndrome, que, por lo demás, lo describe muy semejante a la heredodegeneración de Friedreich.

En este trabajo —documentado con 20 citas bibliográficas— se muestra partidario de prohibir el matrimonio a los luéticos «sin previa esterilización de su organismo».⁷¹⁶

Trabajo de excepcional calidad es el titulado *Mielodisplasia y raquidisplasia. Espina bífida oculta y trastornos médulo-radiculares*⁷¹⁷ en el que afirma haber estudiado 50 casos de «mielodisplasia y espina bífida oculta». Presenta 19, de los cuales 6 fueron intervenidos por el doctor San Sebastián Chamosa. Expone las formas clínicas: forma con incontinencia de orina, forma con retención, forma con incontinencia y retención (estreñimiento) de heces, forma con pies deformes, forma con paraplejía espástica, forma con paraplejía flácida atrófica, forma sensitiva, forma con neurastenia sexual, forma de trastornos tróficos, forma con corea, meningo-mielo-raquidisplasia aparente y forma con anomalías del raquí.

Expone casos de la mayor parte de las formas descritas, ilustradas con radiología y fotografía. Analiza especialmente los trastornos reflejos y la etiopatogenia. En algunos casos practicaron mielografía. Al final, expone 22 conclusiones muy acertadas a nuestro parecer, en las que resume la sintomatología y los signos y síntomas que nos harán sospechar tales malformaciones.

Con el título de *Compresión medular por aneurisma de la aorta torácica. A propósito de un caso con paraplejía en flexión y bloqueos manométrico y lipiodorado*, expuso un caso que comenzó por neuralgia intercostal y evolucionó hacia una paraparesia progresiva con destrucción vertebral, bloqueo manométrico, disociación albúmino-citológica

del L.C.R., Wasserman negativo y detención de la columna lipiodolada. A propósito del caso, hace una revisión histórica, señalando que el primer caso se publicó en 1841, y que en 1924 sólo se habían publicado 11 casos, recogiendo el autor otros cuatro más desde entonces.⁷¹⁸

También se ocupó de la mielosis funicular, tan en boga en la época, presentando en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao⁷¹⁹ un caso, revisando otros siete personales, e insistiendo en la conveniencia del tratamiento con grandes dosis de extracto de hígado por vía intramuscular. Sobre el mismo tema, aunque de enfoque más amplio es su trabajo *Síndromes neuroanémicos*, publicado en Bilbao en 1926.⁷²⁰

Mayor implicación raquídea que medular tenía la enferma que es objeto de su estudio *Un caso de costillas cervicales y hemiplejia espinal*, en el que no refiere la causa de la hemiplejia de una niña que tenía dos costillas cervicales, y a la que practica mielografía para descartar compresión medular.⁷²¹

A propósito del caso, expone la sintomatología de la malformación, en los escasos casos en que ésta existe.

Por último, citaremos dos trabajos con conexión entre sí. El primero lleva un interrogante en el título: *¿Esclerosis en placas de tipo óptico puro?*,⁷²² y en él indica cómo la neuritis retrobulbar puede ser el síntoma de comienzo de la esclerosis en placas, apoyándose en la bibliografía y citando estadísticas. También valora como etiología la sinusitis esfenoidal, aunque con ciertas reservas. Presenta un caso de pérdida de visión brusca, que posteriormente se extiende al otro ojo, con fondo normal, apreciándose en el líquido unas reacciones coloidales positivas y un Wasserman negativo, y concluye que el diagnóstico más probable es el de esclerosis múltiple.

Un año más tarde, con el título de *Un caso de opticomielitis subaguda (Enfermedad de Devic)*,⁷²³ continúa el estudio del caso anterior señalando que el mencionado paciente, tras quedar ciego, evolucionó hacia una triplejia con déficit sensitivo, y falleció, por lo que rectifica el diagnóstico hacia el Devic.

Aprovecha el caso para analizar la historia de la afección, el cuadro clínico, el diagnóstico diferencial con los procesos tóxicos, o infecciosos, sinusitis, tumores de hipófisis, esclerosis en placas, encefalomielitis, cisticercosis periquiasmática, aracnoiditis circunscrita y meningitis localizada, y para indicar algunas hipótesis etiológicas.

3.º) *Procesos expansivos intracraneales.*

Dentro de este capítulo, se ocupó de los procesos extradurales, subdurales y propiamente encefálicos. Entre los primeros, presentó en la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao (24-5-35), *Hematoma y absceso supradurales encefálicos por cabezada de balón*.⁷²⁴, donde refiere los casos de dos hematomas epidurales postraumáticos, de los cuales uno curó espontáneamente y otro se abscesificó, siendo operado ulteriormente. Resulta curioso que un hematoma epidural cure espontáneamente y extraño que López Albo lo hubiera afirmado. El cronista de la sesión así lo hace constar, llegando a decir que López Albo «hizo resaltar la importancia del hematoma extradural por trauma pequeño, más frecuente de lo que parece y cuya evolución es a menudo favorablemente, incluso sin tratamiento, y que a menudo pasa desapercibido por la poca intensidad de la sintomatología».⁷²⁵ O bien hay un error del cronista, o López Albo englobaba en el concepto de hematoma epidural las pequeñas sufusiones hemorrágicas de algunos milímetros de espesor tan frecuentes en los traumatismos craneales con fractura, pero que hoy día nadie consideraría como auténticos hematomas.

Respecto a los abscesos epidurales, expone la sintomatología clínica: traumatismo precedente, dolor local tanto espontáneo como a la compresión, signos infecciosos (fiebre, astenia, malestar, náuseas, etc.), edema de papila, leucocitosis e hipertensión del L.C.R. En su opinión, deben de evacuarse, sin abrir la dura, salvo que se sospeche empiema subdural concomitante.

De estos procesos subdurales se ocupó en otra publicación: *Abscesos subdurales extraencefálicos*,⁷²⁶ presentando dos casos intervenidos con éxito (uno de ellos por el doctor San Sebastián), de abscesos encapsulados extracerebrales, siendo uno de ellos más bien un absceso con su propia cápsula que un empiema.

Como es habitual en él, expone la semiología de los enfermos con precisión y meticulosidad.

En cuanto a procesos encefálicos, analizaremos tres trabajos de extraordinario interés. Titula al primero *Un caso de tumor en la hipófisis Macrosomía. Síndrome de la pared externa del seno cavernoso. Destrucción unilateral del ala menor del esfenoides*,⁷²⁷ describiendo un caso de síndrome de la pared externa del seno cavernoso por probable tumor de hipófisis, a juzgar por las radiografías, de las que presenta esquema. En relación con el tratamiento, dice: «Hemos propuesto la irradiación profunda, antes de recurrir a la intervención quirúrgica». A propósito del caso, describe el síndrome de Foix y hace algunas

consideraciones sobre los síndromes paralíticos unilaterales de los nervios craneales por tumores de la base del cráneo, sobre lo que había comunicado en la Academia de Bilbao poco antes.

Este es el mismo caso que publicó en Francia, con título muy similar.⁷²⁸ Trabajo de gran categoría, que merece lugar preferente entre los clásicos de la neurología, es el publicado en tres partes en 1921 y 1922, en *Archivos de Neurobiología*, bajo el título de *Tumor del nervio acústico y otros procesos de la región pontocerebelosa. Diagnóstico diferencial y tratamiento quirúrgico (con motivo de tres casos operados, tumor, quiste y absceso)*.⁷²⁹ Hace una introducción histórica, y relata sus tres casos intervenidos, más un cuarto en el que no se pudo comprobar el diagnóstico. Expone el síndrome del ángulo pontocerebeloso con todo detalle, así como el diagnóstico diferencial, que ilustra con otros casos clínicos.

El mérito extraordinario del trabajo radica, en primer lugar, en ser uno de los primeros de España y del mundo acerca de varios procesos expansivos de ángulo comprobados por extirpación quirúrgica (Masó Barraquer, en septiembre de 1916, describió también 3 casos de tumor de ángulo, pero López Albo reclama la prioridad pues él había comunicado verbalmente a la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao alguno de los casos descritos en febrero de 1916), ya que hacía no más de 18 años que se había realizado la primera extirpación completa, y sólo unos 13 años antes de la comunicación de López Albo, Horsley había presentado su modesta serie de 5 ó 6 casos, considerada la primera del mundo. La valiosa tesis de Jumentí, sobre este tema y con una serie reducida, se publicó en 1911.

En segundo lugar, destaca el estudio exhaustivo de los enfermos y del síndrome, el profundo conocimiento de la patología neurológica, la ortodoxia del razonamiento y el sentido común que impregna el discurso hacia el diagnóstico. La erudición y rigor científico están garantizados por las 505 (quinientas cinco) citas bibliográficas que avalan el estudio.

Su intención terapéutica puede resumirse en la frase: «La intervención no debe ser el último recurso, sino el único recurso»,⁷³⁰ concluyendo en treinta y siete puntos muy acertados, tras describir la técnica quirúrgica.

Por todo lo expuesto, es en mi opinión un gran trabajo, de los de mayor mérito en la neurología clínica española.

Por último citaré otro artículo en el que también se ocupa de una patología novedosa en el momento, los quistes aracnoideos cerebra-

les,⁷³¹ describiendo la aracnoiditis circunscrita y cómo puede provocar fenómenos compresivos, comportándose como un tumor. Resalta la importancia de los procesos febriles previos, y expone los detalles del acto quirúrgico y la inocuidad de la craniectomía. Presenta una enferma a la que operó en dos tiempos, evacuando, con éxito, un quiste aracnoideo del tamaño de una mandarina, que asentaba en la zona motora.

4.º) *Neurolúes y enfermedades infecciosas del sistema nervioso.*

Como la mayor parte de los neurólogos de la época se interesó por la neurolúes, comunicando (1-2-35) acerca de casos de parálisis general progresiva⁷³² en sus formas juvenil (2 casos) y tardía (1 caso); de la polineuritis sifilítica, y su ocasional confusión con la salvarsánica (arsenical) en los luéticos tratados con este fármaco, exponiendo los criterios que deben seguirse para atribuir una u otra etiología, entre los que hace destacar la evolución favorable como característica de las polineuritis tóxicas, frente al peor pronóstico de las sifilíticas;⁷³³ del diagnóstico diferencial entre el reumatismo tabetiforme y la tabes reumatiforme, para el que se basa en la reacción de Wasserman (señalando la negatividad de la misma en el 30 % de los luéticos), la radiología de raquis y las reacciones pupilares (valorando el síndrome de Adie);⁷³⁴ por último cabe citar su comunicación (Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, 22-2-35)⁷³⁵ sobre la posibilidad de normalidad del líquido cefalorraquídeo en los procesos sifilíticos del neuroeje, en la que presenta un caso y revisa la bibliografía sobre el tema, indicando que estos procesos sifilíticos que no alteran el líquido suelen tener mejor pronóstico, pero es excepcional encontrarlos, si la lúes está en actividad. Señala —en cambio—, que en la parálisis general progresiva, después de la impaludización, la normalidad del L.C. R. es más frecuente.

Respecto a otras enfermedades infecciosas del sistema nervioso, hemos recogido dos comunicaciones y tres trabajos, sobre el particular.

En la primera presentación (14-11-35),⁷³⁶ expone un caso de algias lumbosacras y de extremidades inferiores, en un sujeto que había padecido paludismo 13 años antes, y que en una crisis febril, al ser analizada su sangre, se evidenció el plasmodio, etiquetando el cuadro de «forma sensitivo-dolorosa del paludismo», y señalando la normalidad de la exploración neurológica y la posibilidad del acantonamiento del parásito durante años.

En otra comunicación⁷³⁷ presenta –junto con Feijóo– un caso de meningitis herpética, haciendo el diagnóstico diferencial entre la meningitis herpética y la zonatosa. Dice: «La primera se caracteriza por ser el herpes bilateral, no dejar cicatrices, ser recidivante, no dejar inmunidad y ser transmisible en la córnea del conejo, en la que produce una queratitis grave y a veces mortal por encefalitis herpética. La segunda se caracteriza por ser el herpes unilateral, dejar cicatrices, dejar inmunidad y no ser transmisible en la córnea del conejo».

Trabajos más extensos dedica a la meningitis linfocitaria y a la septicemia meningocócica. De la primera, estudió el diagnóstico diferencial con la meningitis tuberculosa,⁷³⁸ que tendría descenso de los cloruros y de la glucosa, aconsejando practicar análisis de L.C.R., completos y repetidos, inoculaciones a animales, etc., para «ir descartando los conceptos imprecisos y encubridores de nuestra ignorancia, de meningitis serosa, estados meníngeos, reacciones meníngeas, meningismo, meningitis simpática...». De la segunda, colaboró con Eguluz en la publicación de un caso bien estudiado y seguido en su evolución, de meningitis con L.C.R. purulento, que titulan *Un caso de septicemia meningocócica con erupción cutánea, artritis, orquiepididimitis y meningitis* y al que trataron con salicilatos, antipirina y suero antime-ningocócico intratecal (habían identificado diplococos). El paciente, que previamente había presentado un «rash roseoliforme», artritis de tobillo y orquitis, curó. Con este motivo, estudian la frecuencia y características de las artritis y orquitis meningocócicas y su evolución.⁷³⁹

Citemos por último su estudio *Complicaciones nerviosas de la tosferina*.⁷⁴⁰ uno de los pocos trabajos dedicados a este tema en nuestro país.

5.º) *Procesos vasculares.*

Se ocupó López Albo de la hemorragia subaracnoidea en varias ocasiones, como él mismo afirma en su trabajo *Un caso de hemorragia meníngea en un hemofílico*: «La hemorragia meníngea espontánea ha sido muy poco estudiada... En el año 1918 comunicamos dos casos de este proceso a la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao; en el año 1919 presentamos un trabajo de conjunto acerca de esta cuestión al I Congreso Nacional de Medicina, y en el año 1924 comunicamos otro caso a la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao».⁷⁴¹ Respecto a la etiología hemofílica, dice: «Creemos, sin embargo, que debe ser ex-

cepcional la hemorragia subaracnoidea como primera exteriorización de esta discrasia sanguínea». Refiere un caso de hemorragia subaracnoidea comprobada, en una familia con 7 hemofílicos, sin mencionar la angiografía como exploración a valorar.

También se ocupó de otro tema poco estudiado hasta el momento: las manifestaciones neurológicas de las poliglobulias, en sus dos publicaciones: *Poliglobulia, reacción paranoide e intoxicación monóxido-carbonada*⁷⁴² y *Poliglobulia y disturbios neuropsíquicos. Con motivo de tres observaciones*.⁷⁴³

6.^o) *Parálisis postsuéricas.*

De los primeros en publicar sobre estas afecciones en España, López Albo presentó en 1932 el caso de una enferma tratada con suero antitetánico a las 5 horas de un traumatismo, que desarrolló una hemiparesia izquierda que regresa, haciendo notar que deben prevenirse utilizando sueros desalbuminados y atóxicos.

También indica su creencia de que se trata de la primera observación publicada en nuestro país.⁷⁴⁴

Tres años más tarde,⁷⁴⁵ presentó el caso de un paciente que después de una inyección de suero antitetánico, sufrió fenómenos anafilácticos con dolores en plexos cervical y braquial, abolición de reflejos en extremidades superiores, e hipotrofia e hipoalgesia en dichas extremidades, señalando la predilección de los territorios braquial y cervical en las parálisis y neuralgias postsuéricas.

7.^o) *Otros procesos.*

Entre las publicaciones difícilmente clasificables de este autor, comentaremos tres trabajos interesantes, acerca de otros tantos temas. En 1932, publicó un caso de parálisis progresiva cubital, después de un traumatismo en el codo. El nervio se palpa engrosado y fijo en el canal epitrócleo-olecraniano, por lo que libera el nervio en el canal, curándose la enferma⁷⁴⁶. Dos años más tarde presentó tres casos de luxación de hombro a causa de las contracciones tónico-clónicas de las crisis epilépticas, atribuyendo estas luxaciones a la existencia de cierta laxitud ligamentosa y capsular y de una fase clónica en la crisis.⁷⁴⁷ Por último, cabe citar *Un caso de síndrome amiostático postencefalítico infantil*.⁷⁴⁸ en el que —tras presentar un caso— indica que frecuentemente tiene ocasión de observar otros semejantes, de lo que deduce que la encefalitis epidémica continúa existiendo en España.

8.º) *Terapéutica.*

Buscó López Albo nuevos caminos en el campo –desolador– de la terapéutica neurológica del momento, tanto en el terreno farmacológico como en el quirúrgico. Los tres trabajos que pasamos a comentar pueden dar una sucinta idea de su entusiasmo terapéutico.

En 1928, publica: *Tratamiento del tortícolis clónico o espasmódico por la sección parcial de la rama externa del nervio espinal*⁷⁴⁹ en el que refiere haber estudiado 8 casos de tortícolis espasmódico, presentando dos casos, en uno de los cuales secciona la rama externa del espinal, obteniendo la curación del enfermo, y practicando en el otro infiltraciones de dicho nervio. Estudia la etiología del cuadro (orgánica, psíquica, congénita, etc.) y describe la clínica. Estudia también la anatomía del nervio espinal y de las primeras raíces cervicales, y los métodos terapéuticos: infiltraciones, miomectomías, tenotomías y neurotomías. Indica que al seccionar el espinal pueden aparecer las contracciones de otros músculos vecinos. Describe las radicotomías realizadas por Cushing, Dandy y Foerster (en cuyo servicio vio un caso que mejoró después de esta intervención), y las experiencias de Sherrington, sobre la ataxia de un miembro después de radicotomías. A lo largo de todo su trabajo –completo y bien documentado– se muestra partidario del tratamiento etiológico.

En 1933, se ocupó del *Tratamiento de la corea grave por el sulfato de magnesio*,⁷⁵⁰ donde expone tres casos bien estudiados, que cedieron al sulfato de magnesio en inyección subcutánea. Hace una revisión histórica del tratamiento de los coreicos con este producto, indicando que puede ser peligroso por vía teal. En lo referente al mecanismo de acción cree que «provocarían una especie de reposo neuronal descongestionante», actuando en las terminaciones motoras de los músculos.

Más breve fue su presentación en la Academia de Ciencias de Bilbao de *Un caso de psicosis coreica tratado por violeta de genciana*.⁷⁵¹ en donde presenta un paciente que a la tercera inyección subcutánea de violeta de genciana curó y un segundo con una hemicorea igualmente tratado con idéntico éxito.

Santander: Aldama y otros

La brillante actividad neurológica de López Albo –de proyección nacional e internacional– se vio truncada por los diversos problemas

que hemos analizado, especialmente la estúpida guerra civil de 1936. En su primera dimisión, antes de la contienda, fue sustituido por José María Aldama Truchuelo, quien dirigió el servicio de neuropsiquiatría de la Casa Salud «Valdecilla» hasta no hace muchos años, y formó una escuela de neurólogos y sobre todo de psiquiatras durante los años, más de 30, que dirigió el mencionado servicio. En la Casa de Salud «Valdecilla» se iniciaron en la neuro-psiquiatría Emilio Pelaz, F. Soto Yarritu, Domínguez Borreguero, José M.^a Aldama Jr. y otros. Sucinamente analizaremos lo que de neurológico hubo en sus actividades anteriores a 1936.

José M.^a Aldama Truchuelo nació en Madrid en noviembre de 1900; estudió en la capital, licenciándose en 1923. Pasa al Hospital General, donde trabaja en el servicio de neurología que dirigía Sanchís Banús, llegando a ser jefe de clínica de este servicio.

Como era habitual en los neurólogos y neuropsiquiatras madrileños, Aldama obtiene también una formación histológica, al lado de del Río Hortega, en el laboratorio de histopatología de la Junta de Ampliación de Estudios, la que más tarde le pensionó en Viena, donde trabajó con Wagner-Jauregg y Von Economo, realizando con este último su tesis doctoral sobre *Citoarquitectura de la corteza cerebral en el niño*.

A su regreso a España, ganó por oposición la plaza de director del Manicomio Provincial de Cádiz, pasando en 1930 a dirigir el servicio de neurología y psiquiatría de la Casa de Salud «Valdecilla».

Se reúnen en Aldama las características de la escuela madrileña: base morfológica, actividad neuropsiquiátrica, formación germana y mecenazgo de la Junta para Ampliación de Estudios. A través de Aldama, muchas de estas características se transmitirán al grupo de neuropsiquiatras que se van a formar en la Casa de Salud si bien con cambios notables debidos especialmente a la situación post-bélica.

Según algunos de sus colaboradores, fue Aldama hombre trabajador, metódico, algo introvertido y muy dedicado a sus enfermos. No fue hombre apasionado, por lo que tampoco sintió la neurología con pasión, lo que no le impidió estudiar minuciosamente miles de enfermos, formar discípulos, publicar trabajos e incluso practicar algunas intervenciones neuroquirúrgicas.

Según testimonios recogidos verbalmente contaban entre sus virtudes la honradez, imparcialidad, justicia y amor al enfermo, y entre sus pequeños defectos cierta inseguridad caracteriológica más o menos teñida de desconfianza. Sus colaboradores, médicos, enfermeras y

personal auxiliar, le apreciaban sinceramente. Leía la mayoría de las revistas de la época en relación con el sistema nervioso, y en sus historias clínicas se apreciaba un conocimiento notable de la patología del mismo, especialmente la psiquiátrica.

Hombre pacífico, muy afectado por los desastres de la guerra, gustaba de retirarse al campo, en sus días de ocio a su finca de Amurrio.

En relación con su obra neurológica anterior a 1936, destaca su tesis doctoral *Sobre citoarquitectomía de la corteza cerebral infantil*.⁷⁵² publicada también en alemán: *Cytoarchitektonik der Groshirnrinde eines 5 jährigen und eines 1 jährigen Kindes*,⁷⁵³ en la que expone sus investigaciones realizadas en dos cerebros de niños de 5 y 1 año respectivamente. Indica «que la corteza parece aumentar a partir del primer año de vida, dado que las cortezas cerebrales investigadas en general eran tanto más delgadas cuanto más jóvenes, comparadas con la corteza cerebral del adulto...». Concluye que el crecimiento de la corteza en los años es a expensas de la sustancia intermediaria de sostén, aumentando más en masa que en número. La capa que más participa es la tercera. A los 5 años, las capas tienen las mismas relaciones que en el cerebro adulto. Al año abundan los granos, que van desapareciendo transformándose en células piramidales. En el niño hay un aclaramiento de la quinta capa en toda la corteza, que va desapareciendo por emigración de la 4.^a y 6.^a.

A los 6 años, si bien no ha alcanzado su tamaño definitivo, sí tienen forma definitiva. Hasta los seis años, las grandes células piramidales no alcanzan su desarrollo final, faltando las de Betz en la cúspide de la circunvolución central anterior. Las zonas más alejadas de la disposición definitiva son la región prerrolándica, 3.^a frontal, lóbulo parietal superior y transversa de Heschl.

Publicó también Aldama acerca de la afasia verbal de Head,⁷⁵⁴ la histopatología de la distrofia muscular progresiva⁷⁵⁵ y con Sanchís Banús y Alberca sobre la triquinosis.⁷⁵⁶ En los *Anales* de su hospital publicó en 1931, un caso de encefalitis periaxial de Schilder,^{757 758} en una niña que sufría un cuadro de hipertensión intracraneal, más un síndrome cerebeloso, cuadro que cede para dar paso a una rigidez de decorticación más risa y llanto espasmódico. En el estudio necrópico encuentran: «lesión típica de reblandecimiento simétrico respetando en absoluto la sustancia gris», confirmándose el diagnóstico con el estudio microscópico.

Con Borreguero y Soto, publicó acerca de lo que titulaban *Quiste*

cerebral,⁷⁵⁹ relatando el caso de un paciente que padecía una hemiparesia derecha y afasia progresivas, con papiledema, al que practican una punción lumbar, y más tarde una craniectomía, vaciando un quiste de líquido «amarillo-parduzco». El enfermo mejora durante una semana, pero al no persistir la mejoría, reoperan, cayendo sobre un quiste «del que sale un líquido cetrino que se coagula rápidamente», mejorando el paciente —esta segunda vez— notablemente.

En 1932, expone su experiencia de cinco casos de tratamiento sueroterápico de la esclerosis en placas,⁷⁶⁰ que practicaba inyectando el suero de conejos sensibilizados con liquor y hematíes del enfermo. Obtiene dos remisiones en jóvenes, pero las formas antiguas no modificaron su evolución.

Por último citaremos su trabajo *Sobre las hemorragias leptomeníngeas espontáneas del adulto*⁷⁶¹ en el que estudia cuatro casos, exponiendo el síndrome clínico y señalando los antecedentes jaquecosos. Como etiología, cita los aneurismas, diátesis hemorrágicas, leucemia, hemofilia, púrpuras, ictericias graves, eclampsia, hipertensión arterial, enfermedades infecciosas y epilepsia.

Dentro de este grupo de la Casa de Salud Valdecilla, publicaron algunos trabajos neurológicos de interés, F. Soto Yarritu y sobre todo Emilio Pelaz y Domínguez Borreguero.

Estudió el primero el fenómeno de Marcus-Gunn⁷⁶² a propósito de un caso. De un modo completo, analizó la fisiopatología del fenómeno y los diversos tipos y subtipos.

Pelaz, muy interesado por la epilepsia, estudió la influencia del alcohol en esta enfermedad^{763 764}, el fondo de ojo y la tensión arterial retiniana en el estado de mal, junto con J. Palacio,⁷⁶⁵ respecto a lo que observan que: «Las arterias del fondo se quedan casi exangües, contraídas, siguiendo el fondo pálido», y la subida de la tensión de la arteria central de la retina en los intervalos del estado de mal. También se ocupó de los signos vegetativos de exploración clínica de los epilépticos, a los que atribuye gran excitación vagal con hiperkalemia⁷⁶⁶ y de la dieta cetógena en el tratamiento de la epilepsia genuina infantil, en un trabajo de idéntico título,^{767 768} en el que indica la historia del tratamiento y la técnica que utiliza para suministrar gran parte de las calorías como grasas, según las edades, presentando 16 casos con 8 curaciones (sólo los controla 1-2 años) y 7 mejorías adicionales. Expone también las hipótesis sobre el mecanismo de acción de esta dieta.

También de este grupo surgió la tesis de Domínguez Borreguero

Contribución al conocimiento de la esclerosis en placas,⁷⁶⁹ publicada en forma de extenso trabajo en el que comienza exponiendo todos los datos conocidos sobre las características de edad, sexo, geografía, profesión, líquido cefalorraquídeo, etc. de la esclerosis múltiple. Analiza las célebres experiencias de Chevassut sobre la «spherula insularis» diciendo muy juiciosamente: «Como falta la comprobación del virus, que Chevassut pretende haber descubierto, debe quedar en suspenso el decidirse sobre esta cuestión».

Estudia 18 casos, en los que analiza la sintomatología. Siguiendo a López Albo, cree que las crisis epilépticas deben considerarse como síntoma de la esclerosis múltiple (4 casos de López Albo). Analiza el valor de los signos semiológicos en la bibliografía y en sus casos. Estudia los trastornos psíquicos en la enfermedad y los datos patológicos en el liquor, apoyándose con frecuencia en observaciones y deducciones de López Albo. Compara datos de la bibliografía con los del estudio de sus 18 casos, en uno de los cuales practicaron autopsia que evidenció focos de desmielinización difusos. Dedicó también espacio para el diagnóstico diferencial. En lo terapéutico, prueba con la piretoterapia, sin concederle utilidad.

Al final del trabajo expone los dieciocho casos, y llama la atención que sólo en 2 de ellos habían realizado estudios radiológicos simples, sin que existan más exploraciones radiológicas.

No merecen comentario especial las 29 conclusiones de la tesis, pero sí conviene destacar el buen sentido clínico que impregna el trabajo y la exhaustividad con que está tratado el tema. Quizá no fuera aventurado presumir la influencia de López Albo. Se trata, en resumen, de un magnífico compendio sobre la esclerosis múltiple, aunque con escasa labor investigadora original.

Por último, y del mismo autor, cabe citar *Un caso atípico de parálisis general con gomas miliares* en el que se presenta un caso autopsiado y se ofrece una bibliografía muy completa sobre el tema.⁷⁷⁰

Valladolid

No hubo en la capital castellana ningún neurólogo que ejerciese como tal en la época que abarca nuestro estudio. Sí hubo, en cambio, un psiquiatra de excepción, con orientación somaticista, que conocía perfectamente los problemas de la clínica neurológica, aunque no escribiera mucho sobre ellos. Me refiero a José M.^a Villacián Rebollo.

Nació en las postrimerías del siglo pasado, licenciándose muy joven en la Facultad de Valladolid. Se unió al grupo de don Misael

Bañuelos, catedrático de patología médica, del que formaban parte José Casas Sánchez, Querol, Andreu y otras que serían primeras figuras de la medicina española. Tuvo pues una formación internista de primer orden, en la escuela de mayor prestigio del país en aquel momento; fue magnífico estudiante, como confirma Valenciano: «Su excelente curriculum como estudiante –no menos de dieciséis matrículas de honor y seis sobresalientes de un total de veintiséis asignaturas, premio extraordinario en la licenciatura– había de introducirle pronto en el ámbito universitario como docente, de la mano de su maestro, Misael Bañuelos: alumno interno por oposición (1917), profesor auxiliar de patología médica (1928) y profesor agregado (1932). A través de estas sucintas notas queda bien de relieve que su preparación como internista era, tenía que ser, bien sólida.»⁷⁷¹

Una vez finalizada la carrera, se inició en el campo de la medicina interna en Valladolid, y en el de la psiquiatría en París, Estrasburgo y Munich. En la capital francesa conoció –entre otros– a Henri Baruk, prestigioso psiquiatra.

No es de extrañar la orientación somaticista ni su profundo conocimiento de la medicina interna, si valoramos el ambiente en que se desenvolvió su vida universitaria de estudiante y de postgraduado. Sus amigos personales y la mayor parte de su tiempo, pertenecían a la medicina interna, en la que también militaba –con éxito sobresaliente– su maestro Bañuelos.

No es de extrañar por tanto, que José M.^a Villacián estuviese a punto de opositar a una cátedra de patología general, y que conservase –a lo largo de su vida profesional– los hábitos del internista, incluso explorando a los enfermos psiquiátricos (se cuenta en la Facultad vallisoletana que Villacián insistía a sus alumnos de psiquiatría sobre la necesidad de utilizar el fonendoscopio para diagnosticar la tabes o la parálisis general progresiva, pues además de los signos oculares, decía, con el fonendoscopio diagnosticarán el aneurisma luético de la aorta).

Enfermo de tuberculosis, más tarde curada, dedicó su vida a sus pacientes y a la Universidad. No alcanzó la cátedra de psiquiatría de Valladolid probablemente por motivos extraprofesionales. El puritanismo estúpido de la postguerra no le perdonó que conviviese (felizmente, según síntomas) con una mujer que no podía ser su esposa, en la acepción clerical o eclesiástica de la palabra. Quizá también su sentido liberal de la existencia pudiera influir en este punto. Sea por estas u otras razones, Villacián no consiguió el título de catedrático,

aunque enseñó como tal durante toda su vida profesional. Fue también director del Hospital Psiquiátrico de Valladolid, que hoy lleva su nombre, donde realizó una gran labor social y científica.

Fue Villacián hombre de corta estatura, delgado y de rostro severo, muy a tono con las características y el aspecto del campesino castellano. Su enfermedad debió darle motivo de meditación sobre el hombre enfermo, al que trataba de comprender y ayudar con paciencia y bondad, seguramente innatas. Gozó fama de hombre sensato, paciente, inteligente, estudioso, no demasiado sociable y un punto escéptico. Amó profundamente su profesión, sus enfermos, sus alumnos y colaboradores todos, su región castellana y su ciudad. En ella murió, el 18 de enero de 1973.

Ciñéndonos a lo neurológico, publicó Villacián algunos temas que rozan este terreno con el psiquiátrico, como indica Valenciano: «Así lo ponen de relieve sus estudios metabólicos en la epilepsia, sus observaciones de los cuadros psíquicos premonitorios en la meningitis tuberculosa y de los que acompañan a la evolución de la tuberculosis pulmonar; un caso de esquizofrenia desencadenada por meningitis cólica...»⁷⁷². También en este terreno más psiquiátrico que neurológico, publicó sobre el tratamiento piretoterápico de la parálisis general^{773 774} y en lo terapéutico-neurológico, un interesante trabajo acerca del tratamiento de la corea con luminal. Piensa Villacián que si los movimientos coreicos ceden en el sueño, puede suponerse que los hipnóticos los mejorarán. Respecto a la etiología de la enfermedad, cita como más frecuentes las descritas por Sydenham y Huntington, pero sin olvidar que puede haber casos sintomáticos de proceso vascular o tumoral. Indica que el iniciador de este tipo de tratamientos fue Marinesco, quien le animó a probarlo en casos graves y desesperados.

Presenta un caso intensísimo que trata con 1 c.c. / 12 horas de luminal al 20 %. Mejora en un mes, quedando prácticamente curada con ligeras secuelas psíquicas que ceden en pocos meses.

Un segundo caso de hemicorea brusca derecha, es tratado con 40 ctgs / día. Cura a los 10 días. Respecto a este caso, dice Villacián: «Aunque los caracteres de la hemicorea, por su violencia y desorden extremado, hagan de él un caso de «hemibalismo» nos libramos muy bien de localizar la lesión en el cuerpo de Luys, pues aunque este síntoma se ha dado como característico del «síndrome del cuerpo de Luys», Jacob, Calligaris, Lhermitt, Kroll, más recientemente Poppi, ponen en duda la existencia de tal síndrome, basándose en que existen

casos de lesión exclusiva y completa del cuerpo de Luys sin hiperkinesia, mientras que existen casos de hemibalismo sin lesiones en el mencionado cuerpo».

Expone después las lesiones encontradas en casos de corea: «Lafora ha visto que «la lesión del pedúnculo cerebeloso superior produce constantemente hemicorea homolateral o contralateral, según la localización más o menos anterior de la lesión (entrecruzamiento al llegar al núcleo rojo) –decusación de Wernekink»–, citando a continuación el concepto de neostriado de los Vogt, la crítica de Kinnier Wilson así como las experiencias de Foerster y las opiniones de Wilson y Spatz.

En cuanto a la acción del luminal, la explica por una actividad directa sobre centros mesencefálicos, y secundariamente por que provocaría cierta acidez y por tanto hipercalcemia.

Zaragoza

«Zaragoza fue, en los alrededores de 1910, la cuna de las ambiciones y de los hechos neurológicos de J. Gimeno Riera. Su erudición, su carácter y su voluntad, le condujeron –rápidamente– a fundar una clínica neuropsiquiátrica modelo en el Hospital provincial», dice Rodríguez Arias⁷⁷⁵ refiriéndose a Joaquín Gimeno, el neuropsiquiatra –más psiquiatra que neurólogo– que ejerció durante la primera mitad del siglo en Zaragoza, con tanto éxito que, al decir de su biógrafo Aznar:⁷⁷⁶ «... a excepción de unos años, todos los enfermos nerviosos y mentales de la región aragonesa estuvieron bajo su dirección».

Joaquín Gimeno Riera nació en Zaragoza el 5 de noviembre de 1877, en familia de tradición médica. «Su abuelo fue médico notable del Hospital de Zaragoza, y su padre, D. Joaquín Gimeno Vizarra, profesor celosísimo de patología general en nuestra facultad» refiere Sampietro,⁷⁷⁷ al igual que su temprana vocación neuropsiquiátrica: «... especializándose muy pronto en la rama que con tanto éxito ha venido cultivando». Fue interno de los doctores Iranzo y Cerrada, «asistiendo a enfermas que a la sazón presentaban aparatosos accidentes histéricos».⁷⁷⁸ Aznar nos refiere su formación: «...su avidez en busca de incesantes adquisiciones para la especialidad que cultivaba y su anhelo creciente por superarse, le llevaron a ser discípulo de Simarro y Galcerán, en España, y de Brisaud, Dejerine, Babinski y Stewart; en Francia e Inglaterra».⁷⁷⁹ Hacía «... frecuentes viajes al extranjero, visitando con insaciable curiosidad las más afamadas clínicas de neuro-

logía, en donde asimiló la savia fecunda de lo más moderno y perfeccionado de la especialidad que con tanto ahinco cultivaba»... «Gimeno tuvo una formación científica predominantemente francesa».⁷⁸⁰

Su labor diaria la ejerció en las salas del Hospital Provincial, de cuyo servicio de neuropsiquiatría fue jefe más de 25 años, y en su consulta privada.

Gimeno Riera fue hombre de gran curiosidad científica, inquieto, culto y trabajador. Dice Sampietro que «cursó sus estudios con gran aprovechamiento, destacándose desde muchacho como dotado de un espíritu inquieto, muy gracioso y con tales exuberancias de ingenio que cautivaba a sus compañeros»⁷⁸¹ y Rodríguez Arias⁷⁸² le define como «aragonés de pura cepa, honrado y recio en su quehacer asistencial y de publicista». Desde el punto de vista filosófico, dice Rey Ardid, que «militó siempre en las filas del espiritualismo» y que «defendió las teorías animistas con valentía y con tesón».⁷⁸³ Hombre polifacético, fue incansable viajero y presidente del Colegio de Médicos de Zaragoza.

Gimeno Riera dejó una extensa obra escrita, pero fue muy poca la dedicada a la neurología.

Desde el punto de vista literario, fue escritor meritorio, publicando numerosas crónicas en el diario *El heraldo de Aragón*, especialmente en relación con sus frecuentísimos viajes, bien al extranjero, o bien en nuestro país, por el que se movía incesantemente, ya que, —como indica Galán— era «rendido enamorado de España, de la luz de su cielo, de la policromía de su tierra, de la riqueza arquitectónica de sus monumentos, del tipismo de sus regiones y de las glorias de su pasado inmortal»⁷⁸⁴. También fue muy leída su *Historia del Hospital y del Manicomio de Zaragoza*.⁷⁸⁵

Desde el punto de vista profesional, publicó numerosos artículos de índole psiquiátrica en una revista que él mismo fundó y dirigió durante el bienio 1912-1913⁷⁸⁶ titulada *Anales de Psiquiatría y Neurología*, y en *Aragón Médico* y *Anales del Hospital Provincial de Zaragoza*, así como un pequeño libro, publicado en 1911 y titulado *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales*.

En el campo neurológico, escribió una pequeña monografía sobre los tumores cerebrales en 1913 titulada *Tumores intracraneales* y un trabajo sobre *La enfermedad de Little y la paraplejia espasmódica familiar*.⁷⁸⁷ Más tarde, y en la postguerra, publicó un libro titulado *Neurología, páginas elementales para médicos y alumnos*,⁷⁸⁸ tres años antes de que le sorprendiera la muerte, en enero de 1945.

También en Zaragoza ejerció en el campo neuropsiquiátrico el doctor Julián, de quien no hemos recogido obra escrita, por lo que sólo citamos la opinión de Rodríguez Arias, quien le trata de «hombre gracioso, diligente, agitado, que sus pinitos en política y sus viajes a ultramar le granjearon estima, se sirvió de la instrucción que poseía y de su aptitud congénita para medicar con traza, con arrebatos, a sus clientes.

Yo sé que muchos coprofesores y enfermos le adoraban, le halagaban y solicitaban de él actuaciones y palabras de consuelo o de sentencia, en cualquier minuto luminosas, indulgentes y acomodativas, lejos del rigorismo quijotesco de los sinceros.

El caudal de tenacidad que remolcó consigo Julián, el espécimen de compañero diseñado por él, su práctica, su interpretación, su anecdotario, no periclitarán pronto».⁷⁸⁹

Murcia

Román Alberca Lorente llena la vida neuropsiquiátrica de la región murciana en el segundo tercio del siglo. Más psiquiatra que neurólogo, publicó sus mejores obras después de la guerra civil, por lo que nuestro análisis quedará forzosamente muy incompleto.

Como la mayoría de los neuropsiquiatras de formación madrileña, combina la neurología con la psiquiatría y posee una sólida preparación neurohistológica que adquiere con don Pío del Río Hortega. Su formación clínica la adquiere con Sanchis Banús en Madrid, ampliando posteriormente estudios con Levaditi.

Fue director del Manicomio de Murcia, catedrático de psiquiatría y miembro de honor de la Sociedad Francesa de Neurología.⁷⁹⁰

Según Gutiérrez Gómez,⁷⁹¹ Alberca Lorente fue «un hombre abierto, cordial, locuaz y campechano. Miraba de frente, sonreía y escuchaba». «Si hubiera que calificarle con el menor número posible de adjetivos, yo no podría utilizar menos de tres: cordial, activo y estudioso».

Desde el punto de vista profesional, le califica como «... histopatólogo, psiquiatra, neurólogo y psicólogo».

De su obra exclusivamente neurológica anterior a 1936, hemos recogido cuatro interesantes trabajos centrados sobre un tema que le interesó sobremanera: el de las infecciones no supuradas del sistema nervioso. Su interés por este tema habría de culminar con la publicación en 1942 (y por tanto fuera de la época de nuestro estudio) del

libro *Neuraxitis ectotropas*⁷⁹² monumental estudio de estas afecciones a lo largo casi de quinientas páginas de texto y ochenta de bibliografía.

En 1931, publicó: *Infección, no supurada, del sistema nervioso. Datos clínicos*,⁷⁹³ subtítulo: *Polimorfismo clínico de las infecciones del neuroeje. Formas clínicas de la poliomiелitis epidémica*, donde expone las formas clínicas descritas por los autores extranjeros de esta enfermedad y valora la relación entre polio y parálisis facial, aportando un caso en que el hermano de un poliomiелítico sufrió una parálisis facial.

Estudia también las formas clínicas de las encefalitis y sus secuelas, citando opiniones ajenas hilvanadas. Expone su opinión de que existen numerosos tipos de encefalitis, por lo que no se debe seguir manteniendo el concepto de encefalitis a secas, como entidad, sino que debe ponerse un apellido.

Se ocupa además de las secuelas postencefalíticas, citando los autores que las observaron. Describe las variantes de «encefalitis japonesa» y «encefalitis australiana» y las etiologías inflamatorias del síndrome de Landry, la encefalomiелitis diseminada aguda (Redlich-Flatau), sus formas clínicas, su pronóstico y los casos mortales; las encefalomiелitis postvacunales, la postsarampionosa, postvaricélica, varicelosa, la ataxia aguda sintomática, meningitis serosa, miелitis necrótica subaguda de Foix-Alajouanine, la enfermedad de Devic, la de Schilder y la esclerosis múltiple.

Se trata de un excelente trabajo de recopilación, con escasa aportación original, pero muy completo y con clara taxonomía. Un resumen de este extenso trabajo se publicó en *Archivos de Neurobiología*, en el mismo año.⁷⁹⁴ Dos años más tarde se ocupó de las formas abortivas de poliomiелitis epidémica,⁷⁹⁵ indicando que existen dos tipos de poliomiелitis abortivas, las «sin parálisis» y las «con parálisis» que suelen ser faciales. Cita un pueblo de Murcia (Torreagüera) donde hubo 9 casos de polio y dos de parálisis facial, de comienzo brusco, de las que sólo una regresa. Presenta también un niño con paresia crural derecha con arreflexia y secuelas típicas de polio y a un hermano que acto seguido sufrió parálisis facial, que cura.

Revisa la literatura y los trabajos experimentales y concluye que algunas parálisis faciales podrían ser formas abortivas de poliomiелitis. Como es habitual en Alberca, el trabajo se apoya en amplia y documentada bibliografía, características de que también hace gala su artículo *Sobre la encefalomiелitis post-tífica*⁷⁹⁶ subtítulo *Contribución al estudio de las encefalomiелitis parainfecciosas*, donde refiere un caso muy bien estudiado, de cuadro encefalítico a raíz de tifus, con recuperación

del enfermo. Se extiende comentando casos similares publicados, y para explicar la patogenia comenta la hipótesis alérgica de Van Bogaert y la posibilidad de la existencia de una toxina, apoyándose en argumentos experimentales y clínicos de la bibliografía reciente.

Por último citaremos su «Contribución al estudio de las «secuelas» de la encefalitis epidémica», trabajo basado en tres casos que, 12, 13 y 13 años respectivamente después de haber sufrido una probable encefalitis, desarrollan un cuadro parkinsoniano. Para explicar este hecho, piensa que «la encefalitis es un proceso continuo, evolutivo, que no acaba con la fase aguda».⁷⁹⁷

Bilbao

También publicaron en Bilbao sobre temas neurológicos Toledo, Díaz Emparanza, Feijóo y M. Bustamante. Los dos primeros, sendos casos de cisticercosis cerebral^{798 799}, recogidos ambos más tarde por López Albo; y Feijóo, colaborador asiduo del neurólogo montañés en lo que a analítica se refiere, publicó –también en Bilbao– su tesis *El líquido céfalo-raquídeo en diversas enfermedades del neuroeje y sus cubiertas. Mi experiencia sobre doscientos sesenta y seis casos*,⁸⁰⁰ en la que hace una historia del líquido cefalo-raquídeo y de la punción lumbar y breves consideraciones sobre la anatomía y fisiología del L.C.R. Describe la técnica de la punción lumbar y las posibles complicaciones, las características del L.C.R. normal y la técnica para investigar sustancias normales o extrañas que pudieran encontrarse en casos patológicos, así como diversas consideraciones de índole bacteriológica. Expone los resultados (valorados junto con la clínica) de 29 casos de demencia paralítica, 9 de tabes, 10 de otras formas de neurolúes, 20 meningitis tuberculosa (respecto a la que indica que con paciencia y ciertos artificios se puede encontrar el germen, «siendo en rigor esta la única prueba que nos permite afirmar el origen tuberculoso de una meningitis, creemos está bien empleado el tiempo que se tarde en dicha investigación»). 8 de meningitis meningocócicas, 13 de estados meníngeos, 13 síndromes de hipertensión intracraneal, 2 tumores medulares, 12 epilepsias, 21 trastornos vasculares encefalomeníngeos, 2 procesos cerebro-medulares autotóxicos e inflamatorios, 21 procesos encefálicos y encefalomedulares diversos (encefalitis, Parkinson, esclerosis en placas), 25 afecciones medulares y vertebrales diversas, 14 sifilíticos con síntomas neurológicos y mentales diversos, 2 sifilíticos sin síntoma alguno y 13 procesos de distinta etiología.

En sus 12 conclusiones, resalta la importancia del análisis de líquido cefalorraquídeo e indica que «las reacciones muy intensas de las curvas coloidales y de la reacción de Wasserman corresponden a los procesos denominados clásicamente parasífilis (demencia paralítica y tabes)», que «en la demencia paralítica el líquido no se va modificando a pesar del tratamiento intensivo (incluso intrarraquídeo)» y que «el único proceso que puede, por los caracteres del líquido, hacer pensar en una neurosífilis, es la esclerosis en placas. Pero en ésta, la reacción de Wasserman es siempre negativa».

Destaca la negatividad de la reacción de Wasserman en los procesos no luéticos, las características del L.C.R. en las meningitis, la disociación albuminocitológica de los tumores del ángulo, negatividad en las epilepsias, salvo las sintomáticas, la utilidad de la punción para el diagnóstico de las hemorragias subaracnoideas y la hiperglucorraquia —no constante— en las encefalitis.

Otras provincias

En Valencia, el anatomista y neurocirujano Barcia Goyanes, publicó algunos trabajos de índole neurológica como el titulado *Epilepsia traumática con largo período de latencia: operación*, en el que presenta un caso de epilepsia focal, cuyo estudio neumoencefalográfico evidenció un quiste, probablemente de tipo porencefálico, que es extirpado. Al ser la publicación relativamente cercana a la intervención, no se expresa el resultado.⁸⁰¹

También se ocupó de la fisiopatología del sueño⁸⁰² en una publicación en la que describe las experiencias y teorías que tratan de aclarar el mecanismo fisiológico del sueño y analiza los casos publicados de narcolepsia (síndrome de Gelineau). Cree que estas alteraciones provienen de la región hipotalámica. En la vigilia, la sustancia gris periependimaria enviaría impulsos hacia la corteza. El insomnio psicógeno se explicaría por «el temor que siente el paciente a enfrentarse con su subconsciente», señalando que si bien el insomnio suele ser psicógeno, la hipersomnia suele ser orgánica, aunque no siempre.

Aunque sus trabajos más importantes son de índole neuroquirúrgica, Barcia estuvo interesado por el desarrollo de la neurología, como lo demuestra su trabajo *La Neurología en España*⁸⁰³ en el que se lamenta de que esta especialidad «no ha logrado el mismo reconocimiento oficial que otras disciplinas, lo cual ha dificultado, indiscutiblemente, su desenvolvimiento. La inexistencia en España de cátedras

de neurología —en lamentable excepción dentro de los países cultos— constituye la más clara expresión del hecho que apuntamos». ⁸⁰⁴. Se muestra optimista cuando termina esperando que «no ha de ser nuestra patria —cuna del mayor neurólogo de todos los tiempos— la que se quede por mucho tiempo atrás en la consideración y la ayuda a los encargos de velar por el buen funcionamiento del más noble de nuestros aparatos orgánicos». ⁸⁰⁵

Algún trabajo publicó también el entonces médico del manicomio provincial de Valencia J.J. López Ibor, como el titulado *La degeneración espino-cerebelosa* en el que presenta una familia con cuatro hijos, en la que la madre sufre parálisis espástica y tres hijos están enfermos, dos de ellos con cuadro preferentemente heredoatáxico y otro predominantemente espástico, de lo que infiere el parentesco nosológico entre el Friedreich, el Pierre Marie y el Strümpell-Lorrain-Schäfer. ⁸⁰⁶

Cabe citar, del mismo autor, *Neuromielitis óptica ambulatoria*, publicado en 1933. ⁸⁰⁷

En Granada, varios autores se ocupan de temas neurológicos, como Antonio Torres López (del Hospital San Lázaro) quien en 1933 publica un caso de atrofia muscular tipo Duchenne, haciendo el diagnóstico diferencial con afecciones similares. Clasifica las atrofas en neuropatías (Charcot-Marie), mielopatías (Aran-Duchenne) y miopatías. Expone hipótesis patogénicas, citando las investigaciones de Jiménez Díaz y Sánchez Cuenca sobre el aprovechamiento de ácido láctico, oxígeno y glucosa, y las de Maraón, quien observó cifras de glucosa como en los estados prediabéticos (el caso presentado tenía curva diabetoide). Señala también la opinión de Jiménez Díaz acerca de una etiopatogenia genética. ^{808 809}

En la misma ciudad, publicó Pedro Salmerón Mora *La corea de Sydenham como manifestación de la alergia tuberculosa*. ⁸¹⁰ trabajo en el que se discute la etiología —según la información bibliográfica— valorando el reumatismo, la lues, embolias por endocarditis, postencefalítica, etc. De igual modo es analizada la patogenia, citando autores, entre ellos Vogt, que localiza la lesión en núcleo caudado y putamen. Describe la clínica brevemente e indica las experiencias de Löwenstein, quien obtuvo muchos casos positivos de bacilemia tuberculosa en coreicos, si bien el autor y otros no lo han podido confirmar. Basado en estas teorías de Löwenstein, preconiza las sales de oro para el tratamiento de la corea. Compara las reactivaciones tuberculosas

con las coreicas, la mayor frecuencia de ambas en otoño y primavera, y la coincidencia de corea y formas discretas de tuberculosis hiliar.

Presenta dos casos en los que «al acenturarse la infiltración lo hizo simultáneamente la corea».⁸¹¹ Cree útil la calcioterapia.

Por último citaremos el caso presentado por Luis Rojas (de la sección neuropsiquiátrica de la clínica médica de la Facultad de Granada) sobre *Status Dysrhythmicus*⁸¹² subtitulado: *Aspecto clínico pseudoencefálico*, en el que presenta un caso de estenosis de acueducto con confirmación necrópsica. Lo incluye en las disrafias por la intensa gliosis periacueductal.

Dos trabajos neurológicos –cuando menos– publicó Pedro Ortiz Ramos, jefe del servicio de neuropsiquiatría del Hospital Provincial de Málaga. Uno, en colaboración con Joaquín Ortiz de Villajos, sobre la neurobrucelosis, donde presentan 20 casos de Malta, sobre 2.176 historias neuropsiquiátricas recogidas en 4 años. Refieren sucintamente los casos y exponen la sintomatología, la frecuencia de los diversos síntomas, la analítica y la terapéutica. Presentan algunas localizaciones poco frecuentes (espondilitis y endocarditis que originó embolia cerebral, radiculoneuritis, etc.) y exponen los criterios de varios autores, especialmente los del grupo marsellés (Roger, Jambon, etc.).⁸¹³

Otro en colaboración con Salido Rico y Laza Palacios, lo dedicó a *El líquido cefalo-raquídeo en nuestra experiencia neuropsíquica*.⁸¹⁴ En este, estudian los valores analíticos del L.C.R. en la lúes nerviosa, corea, epilepsia, tumor cerebral, Parkinson, encefalomiелitis, paraplejias, síndrome de Little y meningitis, totalizando 220 casos. Presentan unas gráficas muy completas, con los casos y los resultados.

Concluyen: en la corea no hay modificaciones del L.C.R. En la epilepsia, tumor cerebral, enfermedad de Little y esclerosis múltiple no hay modificaciones significativas. En la parálisis general progresiva, la reacción de Wasserman es positiva en el 80 % de los casos en el suero, y en el 100 % en el L.C.R., obteniéndose desviación izquierda de la curva de Lange en el 82 % de los casos. Estas conclusiones citadas nos han parecido las más originales e interesantes, si bien en su artículo resaltan algunas más.

En la misma capital malagueña, publicó Domínguez Luque sobre la *Meningitis parotidea*, presentando un caso de síndrome meníngeo, con linfocitosis en el L.C.R., que coincidió con parotiditis en un hermano del enfermo. Tras una anamnesis cuidadosa concluyen que el

propio enfermo había padecido paperas unos días antes. Valora la linfocitosis en L.C.R. como acompañante frecuente de la parotiditis.⁸¹⁵

También Pedro A. Nouvilas, director del Sanatorio Psiquiátrico de San José, de Málaga, publicó algún artículo sobre tema neurológico, como el titulado *Notas sobre los estudios recientes en neurosífilis*, trabajo sifilográfico, en el que cita las características del L.C.R. en la neurolúes y el tratamiento con salvarsán. Como ocurre con muchas otras publicaciones en España, se trata de una recopilación sensata y bien hecha, aunque sin ideas originales ni experiencias personales.⁸¹⁶

En la capital donostiarra realizó una cumplida labor neurológica Ricardo Bueno Ituarte, discípulo de Sanchís Banús, de quien no hemos logrado recoger obra escrita, por lo que pasamos a citar el juicio que de él emite Rodríguez Arias, que le conoció y trató ampliamente. Según el ilustre neurólogo catalán, fue Bueno «un donostiarra obsequioso, bonachón, humano, que su recia formación, sus contactos frecuentes con los prohombres alemanes y franceses de tendencias foersterianas y charcotianas, neuromédicas y neuroquirúrgicas, hacía acreedor a una admiración y a un respeto grandes, más de los que consiguió infundir, deja una estela digna de ser exaltada y glosada en lo futuro, cuando la impresión de su muerte trágica se eclipse y nos permita ahondar en la facultad de discurrir, abnegado para todos, ciencia, patria y afecto.

Ignoro si lo disposicional más que lo reactivo, su sufrimiento, su afiliación, su capacidad angustiosa de visitar idóneamente a los enfermos y de subvenir a los gastos de su casa, sus lamentaciones de deprimido, le aportaron un final desgraciado que nos conturba.

Fue un neurólogo de lo más apto que quepa codiciar, un quimérico del orden y de las deferencias, un cofrade ingenuo y, por tal circunstancia, brusco en sus ademanes y en sus conciliábulos... Es así como esquematizó la figura del hidalgo, del leal, que tantos males irroga a los oportunistas, a los fatuos y a los necios, legión –obligatoria– en un cavilar erizado de zozobras y de peligros.

Bueno, arquetipo del crédulo y del entendido, tendría que constituir el mejor acicate para el dominio de sí mismo.

Su productividad, sus lecciones neurológicas, que me fascinan, lo confieso sin ruborizarme, no quedarán inadvertidas para nadie»,⁸¹⁷

También en San Sebastián, presentó Larrea un caso de compresión medular, en la Academia Médico Quirúrgica de Guipúzcoa (7-3-31), practicando mielografía con lipiodol, y concluyendo en probable aracnoiditis adhesiva.⁸¹⁸

En La Coruña publicó Hervada García *Los dolores braquiales de origen cerebral*,⁸¹⁹ título que encabeza la presentación de cinco casos de algias en extremidad superior, que atribuye a la arteriosclerosis cerebral en 2 casos, al infarto cerebral en uno y al ictus apoplético en otros 2.

En Santiago de Compostela trabajaron José Pérez Villamil y R. Rodríguez Somoza. El primero publicó un interesante artículo titulado *El papel del campo sensorial externo en la génesis de las alucinosis visuales. Situación de las alucinosis entre las percepciones*⁸²⁰ presentando un caso de alucinosis visual elemental postraumática, cuya necropsia demostró la existencia de un tuberculoma occipital. A propósito del caso, hace un estudio —basado en la biliografía— del concepto de alucinosis y de las percepciones visuales.

En Huesca, dirigió el manicomio J. A. Sempau, autor de un trabajo de índole neurológica: *El carácter y la forma corporal del epiléptico esencial* en el que relata las conclusiones de los trabajos alemanes sobre la constitución atlética y displásica de los epilépticos y las causas de la epilepsia (endógenas y exógenas). Expone a continuación la influencia de las hormonas y del ión calcio, y las características del carácter «explosivo» y las del enequético.

Presenta 8 casos personales de epilepsia genuina y 2 probablemente exógena, estudiándolos desde el punto de vista antropométrico y de las formas y características corporales externas. En la bibliografía consultada predomina lo germánico (17 de 19 citas).⁸²¹

En Soria, el director del Hospital Provincial, calificado por Rodríguez Arias⁸²² como «diestro internista y no menos diestro neurólogo», J. Calvo Melendro, publicó *Sobre equinocosis cerebral*, trabajo lúcido en el que refiere la sintomatología del quiste hidatídico, valorando las erosiones de la bóveda y la diástasis de suturas como signos radiológicos. En sus dos casos personales describe las alteraciones del fondo de ojo. Indica que la punción lumbar debe de hacerse estando el paciente en decúbito lateral así como la escasa frecuencia del signo de Cassoni en la hidatidosis cerebral, aunque en sus dos casos resultó positivo, si bien uno de ellos padecía también hidatidosis hepática, y el segundo probablemente. Señala —además— las frecuencias con que la hidatidosis cerebral coexiste con la hepática o la pulmonar.⁸²³ Se trata de un trabajo sobre este tema, enfocado con sensatez y conocimiento.

Conviene finalmente señalar que algunos autores incluidos en una provincia, ejercieron la mayor parte de su vida en otra, tal es el

caso de F. Soto Yarritu o de Domínguez Borreguero, que realizaron su actividad neuropsiquiátrica en Pamplona y Salamanca respectivamente, pero han sido incluidos en Santander. Ello es debido a que fue en la capital montañesa donde publicaron sus trabajos neurológicos –a nuestro juicio– más sobresalientes, en la época que abarca nuestro estudio.

TERCERA PARTE

CONTRIBUCION DE OTROS ESPECIALISTAS A LA NEUROLOGIA CLINICA

I) MEDICINA INTERNA

Numerosos internistas y algunas escuelas afamadas de esta especialidad, contribuyeron con sus escritos, reuniones y actividades a la consolidación y progreso de la especialidad neurológica. La mayor parte, desarrollaron su labor en el último decenio del período de tiempo que nos ocupa. Sucintamente citaremos los autores y trabajos que consideramos más valiosos, comenzando por las prestigiosas escuelas de la capital, en un orden aproximadamente cronológico, para continuar con otras escuelas en provincias, y citar –por último– el quehacer neurológico de especialistas más o menos aislados.

Escuelas Madrileñas

Tres grandes escuelas de medicina interna de la capital influyeron notablemente en el desarrollo de la neurología clínica en España: la de Novoa Santos, la de Jiménez Díaz y la de Marañón. En las siguientes líneas trataremos de exponer lo que de neurológico hubo en cada una de ellas.

a) R. Novoa Santos

Se ocuparon de temas neurológicos dentro de este grupo, el propio Novoa Santos, R. Carmena Villarta, Jaso Roldán, A. Culebras, Mosquera Souto, Pozas y Bartolomé.

Los dos primeros publicaron juntos, *Sur le mecanisme genétique des réactions du type de la contraction catatonique de Kohnstamm* en la prestigiosa *Revue Neurologique*, de París⁸²⁴ y también otros artículos por separado. Novoa Santos describió, ignorando los trabajos de Negro, lo que él creía era un nuevo signo del síndrome parkinsoniano, y que describe de la siguiente manera: «Consiste este en que, en el momento de realizar la extensión pasiva de la pierna o del antebrazo, se produce una especie de trepidación muy perceptible, como si el movimiento se realizase a sacudidas».⁸²⁵ Describe pues fielmente lo que hoy llamamos «Signo de Negro» o fenómeno de la rueda dentada o de la navaja de muelle. Comienza Novoa Santos su trabajo diciendo: «En la literatura a mi alcance no pude encontrar referencia alguna acerca de un nuevo signo que se descubre en todos los enfermos parkinsonianos...».⁸²⁶ No parece excesiva la literatura neurológica al alcance de este grupo de internistas, pues Negro lo había descrito en 1901, es decir veinte años antes, y el signo se había popularizado, citándose en algún manual extranjero. No hay que omitir la negligencia de la redacción de la Revista. El trabajo es, sin embargo, excelente en cuanto a descripción clínica. El autor realiza, además, registros cinetográficos, comprobando objetivamente su impresión semiológica. Examina las posibles causas, relacionando el fenómeno descrito con la rigidez parkinsoniana.

En la misma revista, publica un caso de lo que llama «eritromelalgia crónica parestésica» que consistiría en una nueva enfermedad, cuyos síntomas serían los que expresa su nombre. Sobre ella dice el autor: «no estamos frente a una eritromelalgia sintomática de una afección nerviosa definida, sino frente a una enfermedad sui generis, que se diferencia de las formas típicas de eritromelalgia por la existencia de trastornos sensibles de carácter depresivo». Tras estas consideraciones, describe un caso de la llamada crisis eritromelálgica.⁸²⁷

Todo el grupo parece que estuvo interesado en el tema de los reflejos tónicos, publicando Novoa Santos en Alemania *Die tonischposturalen Reflexe und ihre Klinische Untersuchung*⁸²⁸ y Carmena Villarta realizó su tesis doctoral acerca de los «Estudios electromiográficos sobre los reflejos», publicando además, junto con A. Culebras, un interesante trabajo titulado *Un nuevo tipo de reflejos tónicos y subtitulado El fenómeno de la post-contracción o contracción catatónica de Kohnstamm*⁸²⁹ en el que estudian la contracción tónica lenta que aparece en los músculos involuntariamente, unos segundos después de una contracción voluntaria sostenida. Se había tratado de explicar este hecho por

persistencia de la imagen motora en la corteza o por persistencia de la tonicidad muscular de tipo catatónico. Novoa Santos la considera una postcontracción refleja, asimilable a los reflejos tónicos y tonico-posturales, originada en las terminaciones propioceptivas y con centro en el sistema estrio-palidal. Demuestran que esta contracción se origina después de la tetanización farádica, sin que intervenga la voluntad, con lo que se invalida la hipótesis cortical. Observan que este reflejo tónico de la postcontracción guarda relación con la contracción que le precede. Concluyen: «Para que tenga lugar dicho reflejo tónico es necesario que la contracción que le precede (sea voluntaria o farádica) tenga cierta duración; esta mínima duración necesaria de la contracción precedente, que actúa como estímulo para descargar el reflejo tónico, debe de ser tanto mayor, cuanto menos enérgica sea dicha contracción y al contrario. 2.º) El tiempo de latencia del reflejo disminuye conforme aumenta la intensidad de la contracción que le da origen. Esto es valedero sólo entre ciertos límites de intensidad de contracción, pasados los cuales el tiempo de latencia permanece invariable. 3.º) Por último, la contracción tónica refleja es proporcional, en cuanto a amplitud y duración, a la intensidad y duración de la contracción precedente que la origina».⁸³⁰

Una segunda parte del artículo precedente es el titulado *Electromiogramas reflejos*,⁸³¹ que es el resumen de la tesis doctoral del autor. En él indica cómo son las terminaciones espirales los auténticos receptores musculares y no los tendones o el periostio. Práctica E.M.G. en los reflejos, con registros, en casos normales y patológicos.

El propio Carmena Villarta publicó trabajos de mayor orientación clínica, como el caso presentado en la cátedra (19-5-31) de «siringomielia con síndrome de Claudio Bernard-Horner»⁸³² que también hubiera sido compatible con un tumor intramedular y a propósito del que dice: «Faltan los datos de examen de L.C.R. por no haber consentido el enfermo su extracción; por lo mismo no pudimos practicar una mielografía con inyección de lipiodol siguiendo la técnica de Jirasek».

Dentro del servicio de patología general de Novoa Santos, publicó también Jaso algunos trabajos neurológicos. Citaremos *Un nuevo caso de polineuritis de origen diftérico en un adulto*,⁸³³ donde relata el cuadro de un paciente que presentaba hipertermia, trastornos disfágicos, parálisis facial periférica derecha, ptosis doble, astenia, diplopia, reflejo nauseoso abolido, gran astenia, dolor a la presión de masas musculares y aquileos abolidos bilateralmente. Hace el diagnóstico diferencial con la miasteniaseudoparalítica de Erb-Goldflan y con la

parálisis bulbar progresiva. Presentaba una fuerte positividad en la anatoxireacción diftérica y en las secreciones de la traqueotomía se aislaron bacilos diftéricos. Practican necropsia, observando necrosis de suprarrenales, lo que relacionan con la astenia del paciente.

Este y otros trabajos (*Neurolipodistrofia segmentaria unilateral* 25-3-29) fueron objeto de comunicaciones a las Sesiones de la cátedra.

Recogemos por último el trabajo de Mosquera Souto *Un caso de distrofia muscular progresiva y curvas de glucemia en el mismo*, caso interesante, típico y bien estudiado de distrofia que comienza a los 12 años, y en el que observan hiperglucemia e irregularidad en las curvas de glucemia, frecuentemente prediabéticas.⁸³⁴

b) C. Jiménez Díaz

La prestigiosa escuela que dirigía don Carlos Jiménez Díaz, trató de temas en conexión con la neurología clínica en varias publicaciones de la preguerra.

Cuatro síndromes, fundamentalmente, fueron objeto de estudio: jaquecas, miopatías, vértigos cervicales y esclerosis múltiple.

Respecto al primero, glosaremos un excelente trabajo de Jiménez Díaz en colaboración con Sánchez Cuenca y García-Donas, llamado *Estudios sobre la jaqueca habitual*,⁸³⁵ en el que hacen una descripción clínica y conceptual muy completa de la jaqueca, señalando el fondo constitucional y las características que la asemejan a las enfermedades alérgicas (accesional y paroxística, fondo diatésico, eosinofilia, etc.).

Estudia 43 casos: edad, sexo, evolución, fenotipo, factor hereditario (encuentra en un 50 % antecedentes familiares), dermatografismo, metabolismo, analítica (en más del 50 % hay eosinofilia), glucemia, relación con la epilepsia y factores etiológicos desencadenantes (que clasifican en: fatiga física, fatiga mental, estados de depresión, disfunción tiroidea, causas genitosexuales, estados tóxicos y alteraciones de los sentidos especiales).

Revisa la literatura acerca de las influencias de los alimentos e investiga posibles reacciones de tipo alérgico con extractos de alimentos, encontrando reacciones positivas en el 90 % de los casos.

Estudia la posible influencia de la autointoxicación intestinal, concluyendo que su acción sería más bien de sensibilización bacteriana que de autointoxicación, que no encuentra. Igualmente estudia la relación de la jaqueca con las enfermedades hepatobiliares, investi-

gando la posible acción sensibilizadora de bacterias contenidas en la vesícula biliar.

Respecto a la patogenia, expone las diversas hipótesis que tratan de explicar el mecanismo de producción de las crisis, concluyendo que debe valorarse el síndrome migrañoso como «una típica afección alérgica».⁸³⁶ Setenta y siete citas bibliográficas completan el rigor científico que preside el estudio.

En relación con las miopatías, cabe citar tres artículos interesantes. El primero, en colaboración con Díaz Rubio, fue objeto de una presentación en la Clínica Médica Universitaria (24-1-31)⁸³⁷ de dos casos de lo que han dado en llamar miastenia menor, y de la que dicen: «Se trata de sujetos de fatigabilidad pronta, que al menor ejercicio se cansan, y a los cuales no les responden sus miembros como anteriormente, ... a veces dolores de tipo errático ... agujetas casi constantes ... y notando al levantarse de la cama «como si los hubiesen dado una paliza».

Jiménez Díaz y Sánchez Cuenca han observado en estos sujetos un trastorno del metabolismo del ácido láctico: «La lactacidemia basal está siempre elevada, el aumento postejercicio alcanza valores anormales, lo mismo en su valor absoluto que proporcionalmente a la cifra basal, comparado con un sujeto normal; por último, el tiempo de recuperación está retardado, siendo al cabo de media hora de nuevo reposo, superior a la cifra inicial».⁸³⁸

Presentan dos casos con estas características y especulan sobre las posibles causas: poco aporte de O₂, escasa utilización del mismo, etc.

El segundo trabajo, en colaboración con Sánchez Cuenca, lleva por título *Observaciones en tres familias de miopáticos*⁸³⁹ y en él presentan tres familias, con dos hermanos en cada una de las familias que padecían miopatías tipo Erb (6 casos).

Estudian la utilización del ácido láctico, por el músculo, sin encontrar alteración apreciable; el aprovechamiento de la glucosa, que está alterado, comprobando más glucosa en la sangre venosa que en la arteria (al contrario de lo normal) en reposo, e iguales cifras en el ejercicio, siendo normal la utilización del oxígeno.

Como puede deducirse, se trata de una investigación clínica y experimental, del estilo que distinguió y prestigió la escuela de Jiménez Díaz.

En tercer lugar, y sobre el mismo tema de patología muscular, publicaron Jiménez Díaz, J. Camps, López Ruiz y F. Vivanco: *Las creatinurias glucocólica y creatínica como métodos de examen de la función*

muscular en diferentes enfermedades,⁸⁴⁰ donde estudian tres casos de distrofia muscular, con creatinuria, observando disminución del fosfágeno en el músculo y del glucógeno, siendo normales otras fracciones fosfóricas y el ácido láctico. En estos casos, el músculo no fija la creatina formada.

En lo referente a los vértigos como expresión de patología cervical, citamos el trabajo *Los reumatismos cervicales como causa de estados vertiginosos*,⁸⁴¹ en el que comienza el autor (Jiménez Díaz) clasificando los vértigos, según su etiología, en vestibulares, visuales y periféricos. Indica que la sensación vertiginosa se origina por disarmonía entre las distintas vías de información. Presenta un caso en el que: «cuando volvía la cabeza rápidamente, inmediatamente perdía la noción de su posición, y, sin darse cuenta de ello y viendo desplazarse todo a su alrededor, caía al suelo...».⁸⁴² En este caso, las exploraciones vestibulares resultaron normales, por lo que lo atribuye a reumatismo cervical, indicando que: «revisada la literatura, no hemos logrado hallar ningún caso en el que se hable de un vértigo originado por procesos en la región de la nuca».

Presenta otros cinco casos semejantes, que relaciona con fenómenos artríticos o reumáticos cervicales y que explica por falta de información a causa de afectación secundaria de raíces cervicales, o por irritabilidad de las terminaciones nerviosas en el músculo, alteradas por el reumatismo.

Colaboradores de la cátedra, como Suils y Arjona Trigueros, presentaron casos de esclerosis múltiple. El primero refirió el caso de un varón de 16 años que padecía enanismo, cefaleas, vómitos y calcificaciones supraselares. Valoran el cráneo-faringioma, pero ulteriormente comprueban nistagmus, hiperreflexia, abdominal derecho abolido y temblor intencional, por lo que hacen el diagnóstico de esclerosis en placas. Jiménez Díaz opina que las calcificaciones pueden ser tuberculosas y que el hipopituitarismo a esa edad es difícil de valorar, pudiendo tratarse de un simple retraso puberal.⁸⁴³

Arjona Trigueros presentó otro caso (15-11-30)⁸⁴⁴ de diagnóstico dudoso. En la discusión intervino Suils para señalar que hay opiniones extremistas en cuanto al diagnóstico de la esclerosis múltiple, algunos autores sólo emiten este diagnóstico cuando existen todos los síntomas y signos, lo que rara vez ocurre, mientras que para otros, es un cajón de sastre donde engloban todo síndrome poco claro. Expone Suils sus criterios de diagnóstico, de forma ponderada.⁸⁴⁵

c) G. Marañón y Posadillo, y su escuela

Marañón y su grupo publicaron gran cantidad de trabajos de neurología clínica y especialmente de neuroendocrinología, de calidad varia, como veremos. Al lado de artículos e investigaciones clínicas muy estimables –como las de Martínez Díaz o las de López Aydillo por ejemplo– se encuentran otros trabajos de menor contenido científico o de análisis menos profundo.

Por no tratarse de temas estrictamente de neurología clínica, sólo citaremos la obra neuroendocrinológica de don Gregorio Marañón, comentando algunas de sus características más interesantes, y a continuación la de algunos de los componentes de su afamada escuela.

G. Marañón

Dividiremos sus escritos neurológicos en los siguientes apartados: endocrinología hipofisaria, síndromes hipotálamo-hipofisarios (diabetes insípida), síndromes infecciosos y postinfecciosos, terapéutica y otros procesos.

1) Endocrinología hipofisaria

Citaremos los siguientes artículos:

– *Lesiones de la hipófisis en un caso de obesidad e hipoplasia genital (síndrome de Frölich)*. Boletín de la Sociedad Española de Biología 1911.

– *Un caso de insuficiencia hipofisaria*. Revista Clínica de Madrid, 1915.

– *Acción antidiurética del extracto hipofisario*. Boletín de la Sociedad Española de Biología 1915.

– *Acción del extracto hipofisario total en ingestión sobre la poliuria de la diabetes insípida*. Boletín de la Sociedad de Biología 1915.

– *Contribución clínica y experimental al conocimiento de la intervención de la hipófisis en la patogenia de la diabetes insípida*. Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina 1917.

– *Lesión traumatique de l'hypophyse*. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière 1917.

– *Contribución clínica y experimental al estudio de la acción de la hipófisis sobre la diuresis*. Boletín de la Sociedad Española de Biología 1917.

– *Un caso de hemiacromegalia*. Comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid 1922.

–*Resumé de mon experience sur la clinique et la thérapeutique des syndromes hypophysaires*. Comunicación a la Reunión Néurologique de París 1922. *Revue Neurologique* 1922.

–*Sobre el origen endocrino o neurógeno de la obesidad llamada hipofisaria*. *La Medicina Ibero* 1925.

–*La letargia en las enfermedades de la hipófisis*. Comunicación a la Academia Nacional de Medicina 1932.

–*Tumor suprahipofisario*. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades* 1934.

–*Un nuevo caso de narcolepsia y síndrome hiperpituitario*. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades* 1932.⁸⁴⁶

En sus estudios sobre estos procesos, Marañón se nos muestra más como endocrinólogo que como neurólogo. En muchos de sus casos sospechosos de tumor hipofisario (acromegalias, hipopituitarismo, etc.), no aparece publicado el estado del fondo de ojo ni el campo visual. Suele buscar «encefalitis» u otros síndromes infecciosos, con menos atención a los procesos expansivos. Refiriéndose a un caso de hiperpituitarismo acromegaloide dice: «Lo interesante de la observación es, en primer lugar, la ausencia de todo antecedente infeccioso que pueda aclarar la etiología de la lesión diencefálica que evidentemente padece este enfermo» ... «que pudo ser ligera y pasar inadvertida».⁸⁴⁷

II) Síndromes hipotálamo-hipofisarios

Se ocupó Marañón predilectamente de la diabetes insípida, como expresión de los desórdenes hipotálamo-hipofisarios. En su trabajo *La diabetes insípida y la hipófisis*,⁸⁴⁸ indica cómo este síndrome debe encuadrarse entre las enfermedades neuro-hipofisarias y no entre las de la nutrición o renales. Sobre este tema realiza experiencias, inyectando extracto de hipófisis a conejos, observando poliuria, ya señalada por otros autores con implantes hipofisarios. También refiere haber observado poliuria en acromegalias, y presenta el caso de una paciente con dicho síntoma (poliuria), que era hija de un acromegálico, lo que interpreta como «un caso más de la transformación hereditaria de los procesos endocrinos».⁸⁴⁹

En este mismo artículo, hace una recopilación bibliográfica de los casos publicados de diabetes insípida y lesión de hipófisis concomitante. Señala que, a pesar de que los extractos de hipófisis provocan poliuria, «de una manera constante se ha observado que la inyección

de extracto hipofisario, determina en la diabetes insípida una clara disminución de la cantidad de orina».⁸⁵⁰ En estas frases parece acercarse a la problemática que había de aclarar Houssay con sus investigaciones y ulterior descubrimiento de la hormona diabetógena hipofisaria, ligada a la STH; pero Marañón se conforma—en este caso—concluyendo en la evidente intervención de la hipófisis en la producción de la diabetes insípida. Cree que es la porción intermedia la responsable, siguiendo a Schaefer. Indica que es debida a una hipofunción, y no a una hiperactividad, como se había supuesto. Como mecanismo patógeno, se adhiere a «la pérdida de la aptitud que normalmente posee el riñón de concentrar la orina».⁸⁵¹ Con título muy parecido: *Hipófisis y diabetes*, subtulado *Con un estudio especial de la diabetes infantil y gravídica*,⁸⁵² indica Marañón la acción hiperglucemiante del extracto hipofisario, basado en observaciones clínicas (la hiperfunción hipofisaria —acromegalia— se acompaña de hiperglucemia), diciendo: «En unión de Morros hemos demostrado que esta acción hiperglucemiante es mayor a medida que el tono funcional de la hipófisis del sujeto inyectado es más alto». ⁸⁵³ Expone los estudios de Houssay y Davidoff, sobre la acción diabetógena del lóbulo anterior. Cree que la hipófisis es hiperglucemiante pero «desde un plano secundario».⁸⁵⁴ Relaciona la diabetes gravídica con la hiperfunción del lóbulo anterior en el embarazo. Termina su documentado trabajo (47 citas bibliográficas en francés, inglés y alemán) comentando varios pacientes. Sobre este mismo tema hipotálamo-hipofisario de la diabetes insípida, cabe citar las siguientes publicaciones de Marañón:

— *Varios casos más de diabetes insípida*. Comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid 1917.

— *Papel del líquido cefalorraquídeo en la patogenia de la diabetes insípida*. Siglo Médico 1919.

— *Diabetes insipidus as a hypopituitary syndrome*. Endocrinology 1921.

— *A case of precocious and hereditary diabetes insipidus*. Endocrinology 1925.

— *Un caso de diabetes insípida gravídica, con enorme poliuria y probable lesión tuberculosa del lóbulo posterior de la hipófisis*. Arch. de Medicina, Cirugía y Especialidades 1926.⁸⁵⁵

III) Síndromes infecciosos y postinfecciosos

Tema este también predilecto de Marañón, sobre el que publicó especialmente casos clínicos, como los siguientes:

–*Sobre dos casos de meningitis cerebroespinal epidémica*. Comunicación a la Academia Médico Quirúrgica de Madrid 1912.

–*Sobre la meningitis cerebro espinal contagiosa en España*. Revista Clínica de Madrid 1913.

–*Nuevos casos de encefalitis letárgica*. Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina Madrid 1920.

–*L'encephalite léthargique en Espagne*. Revue Médecine 1920.

–*Varios casos de hipo epidémico*. Comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid.

–*El hipo epidémico*. Unión Médica 1921.

–*Sobre el diagnóstico de la meningitis*. Comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina 1926. La Medicina Ibero 1926.⁸⁵⁶

En colaboración con Comas y Micó, publicó *Observaciones sobre un caso de ventriculitis meningocócica*, donde presentan un caso de hemiplejía en el curso de dos días, fiebre y signos meníngeos. «Los signos descritos por Marañón con el nombre de abdominoflexor y nucoplan-tar, positivos».⁸⁵⁷ Realizan punción lumbar que dio salida a L.C.R. purulento en el que aislaron el meningococo. La necropsia confirmó la meningitis, y evidenció un «ventrículo lateral izquierdo muy dilatado y lleno de pus espeso».

Con Vázquez y Gómez Acebo presentó en su Instituto de Patología Médica (19-3-32) un estudio muy completo de un «Síndrome narcoléptico postencefalítico en un individuo macrogenitosómico»,⁸⁵⁸ al que dosifican diversas hormonas (Prolán A y B, foliculina), practican metabolismo basal, etc. En sesión del 17-10-31, junto con Martínez Díaz, se ocupó de las ausencias epilépticas postencefalíticas y su coincidencia con ginecomastia,⁸⁵⁹ señalando el predominio izquierdo de la ginecomastia, como demostró su escuela.

Dentro de esta patología infecciosa comentaremos por último el trabajo *Radiculitis por espondilitis mixta, gotosa e infecciosa*,⁸⁶⁰ en el que presenta una espondilitis confirmada radiológicamente, en un enfermo con gota, velocidad de sedimentación aumentada y focos sépticos bucales, indicando la utilidad de la radiología de columna en las espondilitis y en los dolores de tronco.

IV) *Terapéutica*

Citaremos:

–*Sobre la acción anticonvulsivante de diversas hormonas*. Comunicación al Congreso de Madrid para el Progreso de las Ciencias 1913.

– *Un caso de tic doloroso de la cara curado por la insulina*. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica nov. 1926.⁸⁶¹

Algo confuso es su trabajo *Esclerosis en placas y opoterapia hepática*⁸⁶² en el que presenta 2 pacientes con un síndrome neurológico semejante al de la esclerosis múltiple, pero con aclorhidria en un caso, hipoclorhidria en otro, ataxia y que curaron con extractos de hígado, por lo que el lector se pregunta acerca del concepto del autor sobre los síndromes neuroanémicos.

En los síndromes coreicos recomendó los salicilatos y las sales de oro,⁸⁶³ en la jaqueca la foliculina (tanto a mujeres como a varones) y la punción lumbar si las jaquecas eran repetidas y graves.⁸⁶⁴

V) Otros procesos

Publicó Marañón varios casos de *Lipodistrofia progresiva de Barraquer*^{865–867} a la que llamó «lipodistrofia cefalotorácica»; un interesante caso de *Corea, tic e incoordinación motora del crecimiento*⁸⁶⁸ en donde expone el caso de un niño de 12 años con «movimientos, lentos o rápidos desordenados en las manos, en los brazos o piernas y en los músculos de la cara (boca y ojos principalmente). Estos movimientos son poco acentuados pero bien perceptibles». Lo diagnostica en principio de «corea de muy poca intensidad». Expone su origen infeccioso en los ganglios basales y su relación con el reumatismo. Cree se trataría de un caso de «incoordinación motora del crecimiento» descrita por Oppenheim, descartando el tic. En su opinión, esta «incoordinación motora del crecimiento» sería un estado de predisposición para la corea, que Marañón interpreta como «un estado de infantilismo de la motilidad», curioso concepto que trata de explicar de la siguiente manera:

«Es sabido que los movimientos útiles de un adulto se deben a la acción contrapesada de dos órdenes de influencias: influencias impulsivas, corticales, e influencias inhibitorias, subcorticales. En el adulto, estas influencias inhibitorias están intensamente desarrolladas, como que son la expresión de un carácter netamente viril: el de ser dueño de nuestras actividades motoras... Pero en los niños... a expensas casi únicamente del esfuerzo impulsivo, se desarrolla de la manera desordenada, a veces anárquica, típica de la motilidad infantil...».

«A esta infantilidad de la motilidad se reducen pues, los mecanismos de la predisposición coréica». «Si acaecen con mayor frecuen-

cia en la mujer, es porque la mujer está siempre próxima a la infantilidad». ⁸⁶⁹

A la vista de tan extraña como poco probada teoría, parece que no sólo sería la mujer la que está siempre próxima a la infantilidad.

Expondremos por último su concepto de la jaqueca, que relata a propósito de un caso. ⁵³¹ Dice Marañón que «la jaqueca es un síndrome común como el vértigo o como el asma» en el que hay que investigar los siguientes factores:

a) *Factor angioexudativo*. Indica que la alteración vascular es constante y que «se localiza muy probablemente principalmente en los vasos de los plexos coroideos». ⁵³¹

b) *Factor constitucional*. Valora la opinión de Spitzer «que supone que la propensión a la jaqueca debe ser una estenosis congénita más o menos graduada, del agujero de Monro». ⁵³¹

c) *Factor anafiláctico*. Caracterizado por la eosinofilia y otros signos de estirpe alérgica.

d) *Factor endocrino*. En su opinión, la jaqueca «estaría ligada a un estado de hiperfuncionamiento del ovario» (por darse más en mujeres y en época premenstrual), sin embargo cita experiencias por las que «la jaqueca se debe a una falta de foliculina».

e) *Factor digestivo*.

f) *Factor tóxico*.

g) *Factor nervioso constitucional*.

Como hemos señalado, trataba las jaquecas con foliculina, practicando punción lumbar en los casos que juzgaba graves, técnica que según él «puede ser muy útil». ⁸⁷⁰

Otros artículos de Marañón, en mayor o menor relación con la neurología clínica son los siguientes:

–*Los sistemas nerviosos de la vida vegetativa en clínica. Su relación con la endocrinología*. Revista Clínica de Madrid 1911.

–*Estudio radiográfico del cráneo de dos gigantes*. Comunicación al Congreso de Valladolid para el progreso de las ciencias.

–*El reflejo óculo-cardíaco en el hipertiroidismo*. Boletín de la Sociedad Española de Biología 1916.

Escuela de G. Marañón

Numerosos internistas madrileños participaban en mayor o menor grado en la vida del Instituto de Patología Médica del doctor Marañón, del Hospital General de Madrid, asistiendo a sus sesiones

clínicas, presentando casos o publicando artículos científicos, aunque no todos —en puridad— pertenecieran a su escuela.

En este amplio grupo, alguna actividad neurológica desarrollaron Alonso Muñoyerro, Beltrán, Buylla, Gimena, Heilbrun, López Aydillo, López Morales, Martínez Díaz, Mena, Muñoz Larrabide, Ratera, Roda, Rodríguez Cano, Sempau, Turina, Vázquez Velasco y Ximena.

Sucintamente comentaremos algunas de sus actividades en relación con la neurología clínica.

Plácido A. Buylla publicó en dos ocasiones un proceso hipofisario. En una de ellas bajo el título *Un caso de cefalea hipofisaria*, en los Anales de la Casa Salud Valdecilla⁸⁷¹ y en otra, en colaboración con Sempau, en el mismo año en 1930, en Gaceta Médica Española, con el de *Cefalea hipofisaria y acromegalia juvenil*.⁸⁷² Exponen el caso de un joven con gigantismo «de miembros superiores», con cefalea y silla turca «casi triplicada, ancha y profunda, con las clinoides ligeramente corroídas». ⁸⁷³ Resulta curioso que ni siquiera menciona o considera el tratamiento quirúrgico, a pesar de que ya hacía más de un cuarto de siglo que se intervenían tales procesos.

Varios casos estudió Gimena, entre los que cabe citar uno referente al *Tratamiento del estado de mal epiléptico por la acetilcolina*^{874 875} en el que expone un caso de probable epilepsia esencial, con estado de mal, tratado con 80 ctgs. de luminal sin resultado, y que cedió a la inyección de 10 ctgs de acetilcolina, y otros tres casos en relación con la patología infecciosa del sistema nervioso. Titula al primero *Un caso de fiebre de Malta, supuesto de fiebre ondulante de Bang, con encefalitis probablemente de origen salvarsánico*⁸⁷⁶ en el que refiere un síndrome encefalítico postmelitocócico, que atribuye, más que a la brucelosis, al tratamiento por salvarsán, por coincidir en el tiempo la intoxicación con los síntomas encefalíticos, y por la curación completa del paciente. Dedicar el segundo al caso interesante de una enferma luética que presentaba parálisis facial izquierda, sordera con laberintitis del mismo lado y cefaleas y vómitos. Lo diagnostica de «Paquimeningitis basal sífilítica»⁸⁷⁷ pero no se demuestra el diagnóstico. Descarta la posibilidad de un proceso tumoral simplemente porque una evolución de diez años como la de la enferma le parece excesiva para un tumor.

Citaremos en tercer lugar, el caso presentado el 7 del 2 de 1931, acerca de una *Meningitis cerebroespinal subaguda de origen sífilítico*⁸⁷⁸ donde expuso un caso de síndrome meníngeo, cuyo líquido cefalorraquídeo fue característico de meningitis. La reacción de Wasserman fue positiva en la sangre. Discute —sensatamente— el diagnóstico diferen-

cial entre los tipos frecuentes de meningitis. La tratan con oxicianuro de mercurio y neosalvarsán.

Menos afortunada fue la presentación de Heilbrun y Vázquez Velasco acerca de *Un caso de esclerosis en placas inicial*, pues a juzgar por la publicación que de la exposición hacen los Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades,⁸⁷⁹ el estudio es paupérrimo y el diagnóstico endeble, siendo difícil de comprender que en un Instituto de Patología Médica de Madrid se presentasen tales casos.

Tampoco fue un modelo de estudio neurológico el que —según la antecitada revista—⁸⁸⁰ presentó López Aydillo el 15 de octubre de 1932 en el Instituto del doctor Marañón bajo el título de *Esclerosis en placas de forma aguda*, sin hacer constar el estado del fondo de ojo ni practicar ningún estudio radiológico.

Más profundo es el titulado *A propósito de un caso de descerebración segmentaria o parcial en una diabética glucosúrica*,⁸⁸¹ donde se recoge el caso de una paciente diabética que sufría crisis que el autor llama de descerebración, en extremidades superiores. No resulta claro si perdía o no conciencia. Respecto a la patogenia, valora la génesis rubroespinal y deiteroespinal, según datos bibliográficos. Sobre la misma base, indica que pueden producirse estos síntomas en lesiones del área 6, como creo ocurrió en su caso.

Dos casos interesantísimos publicó el citado discípulo de Lafora, López Aydillo⁸⁸² en colaboración con Sempau, acerca de la orgasmo-lepsia, gelolepsia y narcolepsia,^{883 884} los primeros de España. Refieren los síntomas de dos pacientes que sufrían pérdida de tono muscular durante el orgasmo y la risa, haciendo —a propósito de la gelolepsia—, las siguientes consideraciones:

«En favor de las relaciones entre los centros hipotalámicos de la risa y genital citaremos la opinión de Raulin, quien afirma que se produce risa en las excitaciones sexuales; el caso de esclerosis múltiple observado por Rotfeld, que presentaba risa violenta en el coito y la acción del haschisch que es hilarante y afrodisiaco».⁸⁸⁵

Sobre el mismo tema, presentó, junto con Muñoz Larrabide, un caso bien estudiado de narcolepsia juvenil (tipo Gelinau-Redlich) con macrogenitosomía y equivalentes epilépticos, en cuyas radiografías se apreciaba una glándula pineal grande, con calcificaciones, concluyendo que se trataba de un pinealoma.⁸⁸⁶

También Martínez Díaz presentó casos y publicó artículos sobre temas neurológicos; sirvan de ejemplo los siguientes títulos:

– *Degeneración combinada subaguda de la médula*⁸⁸⁷ caso bien estudiado desde el punto de vista neurológico, en el que ensayan el tratamiento hepatoterápico.

– *Semiología del reflejo palmomentoniano*.⁸⁸⁸ Trabajo muy interesante y de investigación clínica. Expone cómo para Marinesco y Radovici, la positividad del reflejo significaría lesión del haz piramidal (lo que dicen encontrar en un 50 % de los casos), en cambio para Sanchís Banús estaría relacionado con una lesión extrapiramidal (97 % de los casos). El autor decide averiguarlo y encuentra que existe en el 11 % de los sujetos normales, el 55 % en las lesiones piramidales y el 68 % de las extrapiramidales.

No señala el número de casos estudiados, y concluye que no tiene valor diagnóstico. Indica Maraón que: «no considera práctica su exploración» y quiere «hacer resaltar la poca literatura que existe sobre este reflejo».⁸⁸⁹

– *Estado comicial e hiperpituitarismo*,⁸⁹⁰ donde presenta un caso de epilepsia tardía en un enfermo acromegálico, que tenía una silla turca «el doble que normalmente» y cuya aura era «paralización de la lengua».⁸⁹¹

– *Atrofia muscular de origen sifilítico*,⁸⁹² caso interesante de tetraparesia flácida, con atrofas, en enferma luética, que cede. La etiquetan de poliomiелitis anterior luética. (En colaboración con Beltrán).

– *Acromegalia y diabetes insípida* (En colaboración con Muñoz Larabide). Describen una acromegalia con trastornos visuales importantes y «gran silla turca, que aparece ocupada por una masa en fase de calcificación».⁸⁹³ Resulta curioso que no planteen problema quirúrgico, a pesar de que el paciente lleva camino de la ceguera.

Sobre tema tan espinoso como el tratamiento de la esclerosis en placas, publican Ratera y Rodríguez Cano *Esclerosis en placas tratada por radioterapia*, a propósito de un caso tratado con este proceder, al que otorgan gran eficacia.^{894 895}

Algún caso neurológico presentó también Roda, como el titulado *Cavidad congénita de cerebelo* (11-IV-31),⁸⁹⁶ en colaboración con López Morales, caso curioso de síndrome cerebeloso con edema de papila. Le hacen una punción lumbar que fue, según su propia expresión «mal tolerada». En la necropsia encuentran un quiste en hemisferio cerebeloso derecho, sin tejido tumoral claro. Junto con Vázquez, presentó el 16 de noviembre de 1929, *Enfermedades de Friedreich y*

diabetes insípida,⁸⁹⁷ donde indica la unidad funcional hipotálamo-hipofisaria.

Rodríguez Cano presentó *Epilepsia jacksoniana por tumor hipofisario* donde expone el caso de una acromegalia que tenía la silla turca aumentada de tamaño, y edema de papila. Atribuyen las crisis epilépticas a isquemia cerebral por compresión de la carótida por el tumor.

Como de costumbre, a pesar del edema de papila, no consideran la posibilidad de un tratamiento quirúrgico.⁸⁹⁸

También Turina y Mena se ocupó de algún caso de meningitis,⁸⁹⁹ pero fue Vázquez quien dedicó más atención a los problemas neurológicos en general y del sistema vegetativo en particular. Sobre este tema presentó y publicó bajo los títulos de *Exploración del sistema neurovegetativo*,⁹⁰⁰ *Exploración del sistema nervioso vegetativo*,^{901 902} y *Los reflejos vegetativos en clínica*,^{903 904} donde realiza una historia o recopilación de las pruebas utilizadas (inyección de atropina), reflejos y su valoración, e investiga el reflejo clinostático, el oculocardíaco, y el palatinocardíacovagal de Lange antes y después de la inyección de atropina, para detectar eventuales parálisis vagales. Investigan también el reflejo oculocardíaco, valorando que el reflejo es anfótropo, por lo que paralizan el vago con atropina, para medir la excitación del simpático. Lo relacionan con la potasemia, pues conocen los trabajos de Kraus, acerca de la influencia positiva del potasio en la excitabilidad vagal.

Obtienen como conclusiones, que su método es constante y uniforme para cada enfermedad; que a enfermedades opuestas (hiper e hipotiroidismo, hiper e hipopituitarismo), corresponden fórmulas vegetativas igualmente opuestas, y otras de menor interés.

En alguna discusión participa el doctor Carrillo, para señalar que el doctor González y él mismo, exploran sistemáticamente el tono y la excitabilidad vegetativa en pacientes tuberculosos, concluyendo «que una de las causas de la taquicardia tuberculosa es, no precisamente el aumento del tono simpático, sino la liberación de este por la gran hipotonía vagal».⁹⁰⁵

El mismo Vázquez presentó, con la colaboración de Ximena, *Un caso de parálisis pseudobulbar pura*,⁹⁰⁶ con Sempau *Esclerosis lateral amiotrófica con alteraciones sensitivas*⁹⁰⁷ y con Heilbrun *Atetosis doble idiopática*⁹⁰⁸ en donde —por cierto— no se citan los estimables trabajos de Barraquer, sobre idéntico tema.

Otros

Además de las escuelas mencionadas, numerosos internistas de prestigio se ocuparon –esporádicamente– de la neurología clínica, en la capital del reino, como Fernando Enriquez de Salamanca, Teófilo Hernando, Simonema y Rodríguez-Candela. Botón de muestra puede ser el trabajo *Síndrome talámico de forma hemiálgica pura*⁹⁰⁹ presentado por el primero en la sesión de la Academia Médico-Quirúrgica (11-1-1932) y el más extenso *La somnolencia en los tumores del mediastino*, publicado por el segundo, en el que refiere tres casos en los que observó esta coincidencia, por lo que revisó la literatura, encontrando también alguna observación extranjera. Como posibles explicaciones valora la policitemia y la congestión pasiva del encéfalo, especialmente basándose en observaciones clínicas y costumbristas («en el Perú, cuando los animales se suben a las montañas empiezan a adormilarse y no andan, les hacen una incisión en las venas sublinguales, y después de esta sangría vuelven otra vez a marchar (Salmon)»). También valora una posible hipertensión intracraneal (cita observaciones de V. Bogaert de mejoría de la somnolencia por punción lumbar), enumerando hipótesis, y relacionando este síntoma con una posible afectación hipofisaria durante la hipertensión intracraneal.

Simonema publicó acerca de la narcolepsia⁹¹⁰ y de algún otro síndrome neurológico⁹¹¹ y Rodríguez Candela se ocupó, con acierto, del interés de valorar los factores iónicos de la excitabilidad plasmática, en casos de epilepsia.⁹¹²

Provincias

Entre las escuelas de medicina interna que desarrollaron actividades neurológicas en las distintas provincias españolas, es la vallisoletana de don Misael Bañuelos la que destaca sobre las demás con diferencia notable. Quizá pueda influir en ello el hecho de que en otras capitales con mayor población, como Barcelona, la neurología se encontraba ya claramente individualizada, con especialistas exclusivamente a ella dedicados, por lo que los internistas no trataban este tipo de patología, sino que lo hacían los neurólogos, que poseían personalidad propia como especialistas.

Otro motivo puede ser la extraordinaria calidad científica de la escuela de Bañuelos, que brilló y destacó en la neurología como lo hizo en otras muchas especialidades. Sea por estas u otras razones, de Valladolid surgieron varios trabajos neurológicos –muy estimables

algunos de ellos—, como los dedicados al sistema nervioso vegetativo, tema que interesó a todo el grupo vallisoletano especialmente en lo referente a los reflejos oculomoderadores y a toda la semiología del sistema autónomo. Acerca de ello publicó Misael Bañuelos un libro titulado *Patología y clínica del sistema nervioso vegetativo*,⁹¹³ habiendo descrito en mayo de 1918, en *Galicia Médica* el reflejo celiocardíaco, al que Barraquer llamaba reflejo de Bañuelos y Moyeda,⁹¹⁴ cuyos estudios amplía en su trabajo *Nuevos estudios sobre el reflejo celiocardíaco*⁹¹⁵ donde expone sus observaciones de que al investigar este reflejo, no sólo disminuye la frecuencia cardíaca sino que desciende también la presión arterial. El propio reflejo influencia el ritmo respiratorio y el diámetro pupilar. Observan cómo desciende la frecuencia cardíaca en los vagotónicos y aumenta en los simpaticotónicos. La presión arterial desciende en todos excepto los bradicárdicos. La respiración se acelera. La pupila se dilata, excepto en los vagotónicos. Hacen experiencias en perros comprobando los resultados obtenidos. Explican la caída en la presión arterial por vasodilatación esplácnica y la dilatación pupilar por aumento del tono simpático.⁹¹⁶ Sobre el mismo tema es su trabajo en colaboración con Alcázar titulado *Estudio comparativo desde el punto de vista de su frecuencia y modalidad en los reflejos oculocardíacos de Aschner y nasocardíaco de Hering y Kretschmer*⁹¹⁷ en el que indican las dificultades que existen para explorar el sistema nervioso vegetativo con fármacos, como es lo habitual, por lo que explora el reflejo de Aschner y el de Hering en 14 sujetos sanos tomados al azar. Daba a oler clorhidrato amónico y después comprimía los globos oculares. Observa que los efectos son irregulares e inconstantes, en un mismo sujeto y en el conjunto de ellos.

Mención aparte merece el trabajo realizado por el doctor Andreu Urra, del grupo del profesor Bañuelos de Valladolid, y titulado *Contribución al estudio de la fisiopatología del infundíbulo*. Constituye un extraordinario trabajo experimental, realizado en Würzburg, donde lesionaban el diencéfalo de 35 perros, observando disminución del metabolismo basal, trastornos de la termorregulación, del metabolismo protéico y ocasionalmente de la curva de peso y del metabolismo hidrocarbonado.⁹¹⁸

II. ESPECIALIDADES MEDICO-QUIRURGICAS

Queda por último, tratar de exponer la contribución de los diversos especialistas a la consolidación de la neurología clínica como especialidad independiente en nuestro país. Por razones fáciles de

comprender, estos trabajos, con frecuencia dispersos, no forman unidad o cuerpo fácilmente clasificable; por ello iremos, simplemente haciendo una relación de las distintas especialidades, cuyos cultivadores sintieron alguna inclinación hacia la neurología o bien hacia los campos limítrofes de la neurología con su propia especialidad, y dentro de estas especialidades, comentaremos aquellos trabajos que pudieran haber tenido cierto interés a la hora de exponer lo que de neurológico hubo en las especialidades médicas y en sus cultivadores.

a) **Pediatría**

Varias publicaciones sobre temas neurológicos realizó una de las escuelas pediátricas más prestigiadas del país, la de el profesor Arce, de Santander, quien publicó sobre la relación de la parotiditis con el sistema nervioso, indicando que el concepto de la parotiditis debe ser tomado en un sentido más extenso de como se venía haciendo, por haber comprobado en numerosos casos de esta afección, lesiones concomitantes de páncreas, testículos y meninges, estas últimas frecuentes bajo forma de pleocitosis. En una epidemia de parotiditis, en la que hacen punción lumbar sistemática encuentra un 28 % de casos de alteraciones de L.C.R. Los síntomas más frecuentes serían cefalea, vómitos, hiperreflexia y pleocitosis en el líquido. Señala también la existencia de encefalitis ourliana.⁹¹⁹ De orientación radiológica es el trabajo publicado en colaboración con Ribera *Craneografía de los tumores del encéfalo*,⁹²⁰ en donde comentan la radiología simple de los tumores cerebrales, indicando que los que se calcifican más frecuentemente son, por este orden, craneofaringiomas, gliomas, dermoides. Los signos indirectos, valorables en la radiología simple de cráneo, los clasifican en signos de hipertensión intracraneal por una parte y signos locales por otra. Entre los primeros valoran las impresiones digitales y la diástasis de suturas, señalando también que pueden existir casos de rinolicuorrea espontánea y haciendo hincapié en que la punción lumbar debe ser proscrita. También valoran la erosión de la silla turca por dilatación del tercer ventrículo. Como signos locales describen las erosiones del peñasco en el neurinoma del acústico, las dilataciones del agujero óptico en los tumores del mismo y erosiones diversas que pueden ocurrir en los meningiomas donde también señalan la existencia de dilataciones vasculares y espículas. Constituye éste en mi opinión, uno de los mejores trabajos que sobre este tema se ha escrito en nuestro idioma.

También Laguna Serrano, realizó algunas comunicaciones y publicaciones sobre temas neurológicos^{921 922} describiendo algún caso de tumor medular, así como de falso tumor cerebral, este último secundario a una hemorragia-infarto, que cursó lentamente y con edema de papila y que en la intervención presentaba una cavidad malácica rellena de líquido xantocrómico.

Un curioso e interesante trabajo de investigación en relación con el L.C.R., fue el realizado por Granda, Vegas y Fons, titulado *Ecuación que puede utilizarse para el conocimiento de la regulación fisiopatológica del L.C.R.*⁹²³ donde exponen la circulación y fisiología del L.C.R. y hacen experiencias en perros con soluciones hipertónicas e hipotónicas, observando que la presión del L.C.R. es independiente de la presión sanguínea y que en cambio la glucemia y la glucorraquia se corresponden. Cuando extirpan un plexo coroide, observan que el ascenso de la glucorraquia es paralelo al de la glucemia, pero no el descenso pues «el agua no pasa de la sangre al L.C.R. con la velocidad que debía por haberse extirpado un plexo coroide», siendo el descenso de la glucorraquia más lento. Establecen «un índice de absorción» que vendría dado por la siguiente ecuación: glucorraquia a los 5' de la inyección - glucorraquia partido x glucemia a los 5' de la inyección - glucemia, que expresaría la absorción del L.C.R. por los espacios subaracnoideos. También establecen una constante de regulación k que indicaría la facilidad de secreción del L.C.R. por los plexos y que vendría dada por la siguiente ecuación: glucorraquia a los 10' - glucorraquia a los 5' partido x glucemia a los 10' - glucemia a los 5'. La constante de regulación general vendría dada por el índice de absorción partido por el índice de secreción.

Existirían tres posibilidades, una de ellas que esta constante fuera igual a 1 en cuyo caso la regulación de la producción y absorción del líquido sería normal. Podría ocurrir que existiera una constante menor que 1, que reflejaría una hipotensión del L.C.R. por existir más facilidad para absorber que para segregar, o bien podría darse una constante mayor que 1 que reflejaría una hipertensión en el líquido por las razones contrarias.

Sobre un tema que roza la neurología y la pediatría, como es la meningitis meningocócica, publicó Martín González Álvarez⁹²⁴ un trabajo en el que tras señalar que los dos primeros casos de septicemia meningocócica publicados en España se deben al doctor Romeo Lozano, en 1914, describe la historia, etiopatogenia y clínica de la afección, deteniéndose especialmente en los signos meníngeos. Tam-

bién describe las secuelas: hidrocefalia, ceguera, hipertonías, diplejias, idiocia, etc. Refiere también la epidemia de meningitis cerebro espinal que tuvo lugar en Canet Llorroig, estudiada por Falcó y Blanco, y concluye en que debe realizarse punción lumbar a la mínima sospecha, para confirmar el diagnóstico. Como tratamiento recomienda el suero específico intramuscular e intrarraquídeo a dosis altas.

b) Cirugía General

Numerosas fueron las contribuciones de los cirujanos generales sobre temas neurológicos, lo que iniciaba la neurocirugía de la época. Citaremos como ejemplos a Díaz Gómez, de Madrid, quien se ocupó de divulgar algunas de las aportaciones de Cushing, especialmente la electrocoagulación, en el tratamiento de los tumores cerebrales.⁹²⁵ También publica acerca de un tumor occipital⁹²⁶ y presenta, en otra publicación,⁹²⁷ tres casos interesantes de hipertensión intracraneal, de los cuales dos eran hidrocefalias y uno era un quiste hidatídico cerebral.

En Barcelona, cabe citar las contribuciones de Pedro Piulach acerca de la neurofibromatosis⁹²⁸ tema sobre el que realiza una completa revisión bibliográfica, del modo didáctico que le ha caracterizado. En la misma ciudad el cirujano Puig Sureda, y el que más tarde habría de ser prestigioso neurocirujano Tolosa Colomer, presentaron⁹²⁹ un caso de tumoración que abultaba en la región parietal y que provocaba una hemiparesia y crisis convulsivas. Tras un estudio cuidadoso y acabado, diagnostican al enfermo de meningioma parasagital, siendo intervenido por el doctor Puig que le extirpa el meningioma. Refieren los autores que se trataba de uno de los primeros tumores de este tipo intervenidos en España. Cabe también recordar que como indica Barraquer en su *Tratado de enfermedades nerviosas*, Puig Sureda fué el primer cirujano español que extirpó la hipófisis por vía transesfenoidal.

También otros prestigiosos cirujanos catalanes como Bastos Ansart y Sanchís Perpigná, realizaron contribuciones que rondaban el campo neurológico, en las que no nos detendremos por tratarse de trabajos con una mayor orientación técnica que clínica.

c) Oftalmología

La brillante tradición oftalmológica de nuestro país, se pone una vez más de manifiesto en la relación que esta especialidad tuvo con la

neurología. La neuro-oftalmología, cuya andadura se iniciaba por las fechas que comentamos, se expresaba por diversos trabajos, entre los que cabe comentar algunos de ellos de excelente calidad, como el dedicado por Manuel Marín Amat a los tumores malignos del aparato de la visión⁹³⁰ donde el mencionado autor realiza una excelente descripción, en un contexto oftalmológico, de los gliomas retinianos o retinoblastomas. Llama la atención el alcance y profundidad del capítulo que dedica a la histopatología de estos procesos, ocupándose también con acierto de los tumores del nervio óptico. También Manuel Espada y Antonio Vila Coro⁹³¹ realizan un trabajo oftalmoscópico muy interesante, que titulan *Stasis papilar*, en el que exponen el concepto de estasis, papiledema, papilitis y neuritis retro-bulbar, discutiendo su etiología y patogenia, así como el tratamiento. En idéntica línea está el trabajo de Angel y Baldomero Castresana, del Instituto Oftálmico Nacional acerca de *El síndrome quiasmático*,⁹³² en el que analizan los tipos de hemianopsias según la dirección de crecimiento del proceso expansivo que la origina y después los tipos de tumores que puede causar el citado síndrome. Valora, dentro de los mismos, los tumores hipofisarios, craneofaringiomas y gliomas del óptico, aneurismas de la comunicante anterior y traumatismos. Emite criterios pronósticos, basándose en los trabajos de varios neurocirujanos como Cushing, Martel, etc. Respecto al tratamiento cita la vía transnasal y concluye que «en el estudio de este cuadro sindrómico será necesaria la estrecha colaboración entre el neurólogo, radiólogo y oculista...».

Fernando Bertrán Castillo, presentó en el primer Congreso Hispano-Luso-Americano de Otorrinolaringología, celebrado en Zaragoza del 11 al 14 de abril de 1925, un trabajo acerca de la neuritis retrobulbar por sinusitis esfenoidal, en el que presenta un caso estudiado desde el punto de vista oftalmológico por el doctor Marín Amat de un posible mucocelo esfenoidal, ya que según su autor, la neuritis retrobulbar mejora una vez vaciado el seno esfenoidal.⁹³³

d) Sifilografía (Neurosífilis)

Como hemos visto al estudiar la obra de varios neurólogos, la neurolues representó un capítulo de cierta importancia en la obra de muchos de ellos. Mencionaremos aquí tan sólo, algunos trabajos de sifilógrafos notables, que versaron o tuvieron relación con la neurolues. Entre ellos cabe mencionar los siguientes:

1.º) *La reacción del benjuí coloidal en la neurosífilis*, de Antoni Beydil en donde expone los resultados de la mencionada reacción del

benjuí coloidal, que practica en 52 enfermos de neurolues, 232 veces en total. Concluye en su gran valor para el diagnóstico de la neurolues, describiendo los tipos de curvas en las formas arteríticas, meningíticas, parálisis general progresiva, tabes crónica y tabes evolutiva, con sus porcentajes de positividad que eran del 100 % en las formas meningíticas y paralíticas, del 80 % para las tabes evolutivas y el 50 % para la tabes crónica.⁹³⁴

2.º) *Comentarios acerca de un caso de mal perforante plantar*, de Jaime Peirí, Presidente de la Sociedad Catalana de Dermatología y Sifilografía, en el que presenta una úlcera plantar doble sin lues ni lepra ni otra lesión neurológica, y que él califica de idiopática.⁹³⁵

3.º) *Oportunidad de la terapéutica intrarraquídea en la sífilis nerviosa* de Antoni Peyri,⁹³⁶ en el que expone los beneficios de la terapéutica intrarraquídea, como también señalaba por aquellas fechas Gonzalo Rodríguez Lafora, si bien el advenimiento de los antibióticos frenó este tipo de terapéutica.

4.º) *Algunas cuestiones resueltas y los problemas a resolver en la sífilis por el bismuto. Casos comprobados con Neotrepol*⁹³⁷ de José M.^a Peyri. En este trabajo, bien documentado bibliográficamente (64 citas), estudia seis casos de tabes dorsal, dos de parálisis general progresiva y una meningomielitis, tratados con el fármaco indicado, en los que estudia la curabilidad, según la reacción de Wasserman, indicando buenos resultados, especialmente en la sintomatología neurológica.

5.º) *Las nuevas ideas sobre la parasífilis* de Humbert. Presenta este autor 14 enfermos tratados, en su mayoría con tratamiento antisifilítico intrarraquídeo, del que expone su técnica personal.⁹³⁸

6.º) *Poliomielitis anterior sifilítica*, de Cárdenas⁹³⁹ el cual presenta un caso interesante de atrofia distal en mano derecha con paresia de extremidad inferior izquierda en un paciente sifilítico. Cabe destacar el diagnóstico diferencial que practica con la esclerosis lateral amiotrófica y con la siringomielia.

7.º) *Sífilis medular precoz y Tratamiento de saturación salvarsánica de la sífilis nerviosa*,^{940 941} de Benavente, trabajos en los que se muestra partidario del tratamiento salvarsánico de la lues, presentando un paciente sifilítico con un cuadro semejante al de una compresión medular.

8.º) *Nuevas orientaciones en el tratamiento de la sífilis. Suero orgánico específico del doctor Query. Observaciones personales*, de José María de Bárcena. En ese trabajo presenta la técnica de preparación de este tipo de suero, que se extrae del mono previamente sensibilizado y los

resultados que ha obtenido en cuatro casos de neurolues y uno de lues en el subsegundo período, y que considera como muy aceptables.⁹⁴²

9.º) De menos fortuna que los anteriores fue la presentación por Bejarano y Robledo de un caso de *Seudotabes diftérica*,⁹⁴³ cuyo único interés consiste en hacer un diagnóstico diferencial entre las parálisis postdiftéricas y algunas formas de tabes dorsal.

e) Epidemiología

Existieron, en esta época algunos trabajos notables sobre epidemiología en relación con la neurología clínica, relacionados con la meningitis o poliomiелitis, que constituyen enfermedades de estirpe neurológica con gran capacidad epidémica. Respecto a la poliomiелitis, publicó Albaladejo (jefe de epidemiología de la Dirección General de Sanidad) un buen estudio de la epidemia de poliomiелitis que asoló Madrid durante los años 1929 y cuatro siguientes. Estudia la mortalidad, morbilidad y el cálculo de probabilidades de contraer la afección, así como la distribución temporal y geográfica, con numerosos mapas, gráficas, etc. Concluye en que hay un estado endémico con brote otoñal que disminuye desde 1932 y que respeta en cierto grado las provincias del Nordeste.⁹⁴⁴

Sobre el mismo tema y también de una gran calidad científica, es el trabajo *Estudio clínico de la epidemia de poliomiелitis de Madrid en 1929*, del director del Hospital del Rey, M. Tapia⁹⁴⁵ en el que expone los casos que tuvo ocasión de observar en la epidemia de 1929 en el Hospital del Rey (112 casos), indicando que la morbilidad es máxima en los menores de 2 años. Estudia también el período de invasión, en el cual se puede sospechar la enfermedad en el 20 % de los casos y casi diagnosticarla en el 10 % de los mismos. Estudia asimismo la frecuencia de los distintos síntomas en las diferentes fases. No cree que la parálisis facial habitual «a frígore» se relacione con la poliomiелitis. Constituye, en general un buen estudio respecto a las formas clínicas y los síntomas de la afección. La mortalidad, según su estudio alcanzó el 2 % de los casos.

Sólo a título de ejemplo dentro de la epidemiología meningítica, citaremos el trabajo de Anguera *La terapéutica cerebro-espinal, basada en las modernas teorías de la permeabilidad meníngea*, trabajo de índole fundamentalmente terapéutica y que citamos sólo como exponente de la preocupación de los epidemiólogos y bacteriólogos por el tratamiento de la meningitis cerebro-espinal.⁹⁴⁶

f) Otras especialidades

En este capítulo final quisiera hacer una relación de algunos de los trabajos realizados por médicos generales o bien por especialistas que no han sido incluidos en los capítulos anteriores, no con la pretensión de querer ser exhaustivos en la contribución de los mencionados médicos, sino simplemente con el fin de exponer algunos ejemplos que muestren la inquietud neurológica, plasmada en trabajos de los diversos especialistas y especialidades relacionadas a continuación.

A) *Medicina de colonias*

Sobre la medicina en las colonias españolas de Africa cabe citar un interesante trabajo de Sebastián Lazo García, médico militar en el Rif, quien indica que⁹⁴⁷: «Las enfermedades nerviosas y mentales hacen excepción en los indígenas, por su rareza. De las mentales a extracción hecha de dos o tres casos de histerismo en mujeres no hemos visto ningún enfermo de esta clase. De enfermedades de los centros nerviosos, únicamente podemos citar tres casos; uno de mielitis aguda, otro de mielitis trasversa y otro de corea. Abundando la sífilis, no deja de ser curioso que no hayamos visto ningún enfermo de tabes ni de lesiones parasifilíticas».

B) *Anatomía Patológica*

Algún trabajo de neurología clínica salió de la pluma del histopatólogo Sánchez Lucas, quien se ocupó de las hemorragias cerebrales,⁹⁴⁸ señalando que en su opinión los aneurismas miliares descritos por Charcot y los submiliares descritos por Pick no existen y por tanto no pueden ser causa de hemorragias cerebrales.

C) *Otorrinolaringología*

Esta especialidad, que habría de desarrollar un amplio puente de unión con la neurología clínica a través de la otoneurología, también realizó contribuciones a esta última especialidad. En nuestro país el ejemplo más destacable es el de Tapia, quien publicó varios casos del síndrome que lleva su nombre, consistente en hemiparálisis de la laringe y de la lengua sin parálisis del velo del paladar.⁹⁴⁹

D) *Traumatología*

También algún traumatólogo se ocupó de la neurología clínica. Valga de ejemplo el caso publicado por López Areal, acerca de una hemorragia meníngea en una puérpera en la que valora la posibilidad de ruptura aneurismática.⁹⁵⁰

E) *Ginecología*

Un caso interesante de hemorragia cerebral y embarazo a término fue publicado por Usandizaga y Cortiguera.⁹⁵¹ Describen una gran hemorragia ocurrida al fin de un embarazo, confirmada por la autopsia. Se trataba de una hemorragia mixta, intraparenquimatosa y subaracnoidea. Como causa etiológica valora una disminución de la resistencia de las paredes arteriales ocasionada por el embarazo, apoyándose preferentemente en la bibliografía.

F) *Cirugía infantil*

También esta especialidad que a la sazón comenzaba a desarrollarse, contribuyó al acervo neurológico con algún trabajo de índole clínico-quirúrgica, como el publicado por Soler i Roig *Paraplejia per tumor medullar. Operació. Guariment*,⁹⁵² en el que se describe un interesante caso de compresión medular total, cuyo estudio mielográfico evidenció una detención del contraste, por lo que es intervenido extirpándosele un meningioma psamomatoso.

G) *Tisiología*

La frecuencia de la meningitis tuberculosa en la época que estudiamos, hace que algunos tisiólogos, se ocuparan de esta afección. Así Valdés Lambea,⁹⁵³ realizó algunas experiencias en animales, inyectando sanocrisina intraraquídea lo que aplica más tarde al hombre en cuatro casos, obteniendo malos resultados, por lo que concluye que según sus experiencias en animales y en el hombre, el tratamiento es ineficaz y probablemente dañino, por lo que recomienda que se abandone.

III. MEDICINA GENERAL

Numerosos médicos generales y algún especialista no incluido en los anteriores apartados, realizaron publicaciones, algunas de ellas meritorias, que contribuyeron a la consolidación de la neurología clínica

en el país. Dividiremos estas publicaciones, según su orientación en tres apartados:

- Trabajos doctrinales.
- Trabajos de investigación.
- Casos clínicos.

A) *Trabajos doctrinales*

Cabe citar en primer lugar la tesis doctoral de Federico Meana Negrete, acerca del Síndrome Parkinsoniano postencefalítico. Comienza la mencionada tesis haciendo una historia de la enfermedad y de los hallazgos anatómo-patológicos de la misma, citando los autores que más trabajaron en este síndrome Parkinsoniano, acerca del que expone las ideas de Levaditi, según el cual dicha enfermedad estaría producida por virus. Describe la clínica de la afección, indicando que Martínez Fernández, de Santander, describió un curioso caso con espasmo del orbicular, signo muy raro en esta enfermedad.⁹⁵⁴

Como es tan frecuente en los trabajos doctrinales de esta época, el autor describe los hallazgos anatomopatológicos encontrados por otros autores, así como las hipótesis patogénicas que habían expuesto Von Economo, Kleist, Wilson, Vogt, Hall, etc. También cita las experiencias de Lafora quien produjo corea en 27 gatos destruyendo el pedúnculo cerebeloso y también produjo coreatetosis destruyendo el núcleo rojo. Su aportación personal se reduce al estudio de 12 enfermos, y a la realización de un diagnóstico diferencial. Se apoya en 38 citas bibliográficas. Constituye esta tesis un exponente del bajo nivel en que se encontraban las tesis doctorales de neurología clínica del momento, ya que existía una escasísima aportación personal e incluso las revisiones bibliográficas eran francamente deficientes.

El mismo autor estudió el metabolismo basal de los síndromes postencefalíticos,⁹⁵⁵ aprovechando la experiencia de haber medido el mencionado parámetro biológico a cuatro enfermos que habían sufrido previamente dicha afección encefalítica. El metabolismo resultó normal, lo que confirmaría la previa investigación de Van Bogaert, sobre 11 casos.

También la tesis doctoral de Bravo Díez Cañedo, versó sobre tema neurológico. Estudió, en 1925, el mencionado autor, *Presión del L.C.R. en los traumatismos craneales*, observando hipertensiones e hipotensiones, con cuadros clínicos aparatosos consistentes en cefaleas, vómitos e hipertermia, con escasa lesión anatómica. El mismo autor, en 1933,⁹⁵⁶ publicó un trabajo acerca de la hipotensión del L.C.R. en

cirugía, en el que describe el mencionado síndrome de hipotensión al que trata con 500 ó 1.000 c.c. de suero fisiológico en inyección subcutánea. En una presentación que sobre el mismo tema realizó en la Academia Médico-Quirúrgica Española (16-1-33), los doctores Vallejo Nájera y Vital Aza discutieron con él la escasa eficacia de los tratamientos en los síndromes de hipotensión del líquido especialmente aquellos que eran secundarios a la realización de una punción lumbar.

Interesantes son los trabajos de Manuel P. de Petinto, quien llamó la atención sobre los aneurismas cerebrales como causa de hemorragia intraparenquimatosa cerebral,⁹⁵⁷ comentando los trabajos previos de Charcot y los de Heschl, y en los que describe sus experiencias personales utilizando la técnica de Charcot para la extracción y lavado del cerebro en las necropsias. Respecto a la importancia de los aneurismas miliares insiste en la necesidad de buscarlos al microscopio en los casos en que puedan ser sospechosos de haber causado una hemorragia cerebral.

Del mismo autor y de una proyección eminentemente pediátrica es su trabajo *Encefalopatías de la infancia*.⁹⁵⁸ Bajo esta denominación agrupa una amplia nosología: Las sífilis, las porencefalias, las meningitis y meningoencefalitis, la hidrocefalia, la parálisis cerebral, el mongolismo, el cretinismo, las hemorragias, etc.

También M. Torelló, realizó un interesante trabajo,⁹⁵⁹ de divulgación neurológica, acerca del diagnóstico diferencial entre los procesos meningoencefalíticos. Expone en su trabajo el modo de realizar el mencionado diagnóstico diferencial entre la meningitis tuberculosa, la sífilítica, la tóxica, la encefalitis epidémica, la poliomyelitis, la hidrocefalia aguda por tumor intracraneal, la eclampsia espasmofílica, el coma en la uremia y por último el coma en la diabetes.

También sobre el tema meníngeo publicó Martínez Vargas⁹⁶⁰, quien realizó un amplio estudio de las meningitis basado en algunos casos personales y fundamentalmente en la bibliografía de la época. En cuanto al tratamiento se muestra decidido partidario del suero antimeningocócico.

Javier Tomé Ibona, en 1935,⁹⁶¹ divulgó, entre otros el concepto de neurorrecidiva dado por Erlich y que consistía en la aparición de lesiones neurológicas luéticas después de un tratamiento por salvarsán o atoxil, cuya finalidad era curar cualquier tipo de lues. El autor cree

que el mejor modo de solucionar estos casos sería el profiláctico, mediante tratamientos completos y correctos.

González de Leito, publicó una recopilación acerca de las causas de la jaqueca, en la que comienza exponiendo la historia de la afección, desde Areteò de Capadocia. Valora el factor hereditario, ejemplificando con un caso, así como los cambios de tiempo como factor desencadenante. En su opinión la jaqueca se produciría bien por una toxina que se va acumulando hasta alcanzar un nivel crítico, bien por que el organismo se encontraría sensibilizado frente a ciertos estímulos y cuando aparece el específico sobrevendría la crisis. Ha observado que durante las crisis dolorosas aumenta el perímetro del cuello. En términos generales incluye la afección entre la nosología vasomotora.⁹⁶²

Escobar Manzano⁹⁶³ estudió la encefalitis epidémica en Andalucía, especialmente en la sintomatología clínica, las secuelas, la anatomía patológica y la conducta terapéutica.

Escobar Bordoy, se ocupó de la afasia, acerca de la que realizó una historia de los descubrimientos más importantes en esta afección⁹⁶⁴. Realizó Escobar Bordoy un trabajo histórico y de recopilación notable y completo, exponiendo también los tipos de afasia en las doctrinas y clasificaciones de Pierre Marie, Dejerine, etc.

C. Carrasco, se ocupó de la relación entre la meningitis y la meningococemia, siendo de la opinión que la afección meníngea no es exclusiva de las cubiertas encefálicas sino que afecta, en su opinión, a todo el organismo, con localización secundaria meníngea. Es por tanto partidario de un tratamiento general y no sólo dirigido hacia las meninges. Respecto a la clínica, valora la fiebre de tipo pseudopalúdico, los fenómenos eruptivos cutáneos y los fenómenos articulares.⁹⁶⁵

Dos excelentes trabajos, cuando menos, sobre tema neurológico, publicó Agustín del Cañizo. En uno de ellos, titulado *Contribución al estudio del síndrome extrapiramidal*,⁹⁶⁶ presenta seis casos de Parkinson postencefalítico, a propósito de lo que realiza un interesante estudio de la enfermedad de Wilson, según las descripciones de la literatura (la princeps), la seudoesclerosis de Westphal-Strumpell, señalando la opinión de varios autores de inclinarse a unir ambos procesos en una sola entidad. Indica la nomenclatura propuesta por Oscar y Cecilia Vogt, sobre el neoestriado y paleoestriado con las conexiones respectivas, que esquematiza acertadamente. Cita también las experiencias

de Lafora quién —como sabemos— obtenía síndromes coreicos lesionando el pedúnculo cerebeloso superior. En su opinión, el temblor sería producido por la lesión de las vías lenticulo-rubro-espinales y las hipercinesias serían debidas a «desinhibición del pallidum».

En el mismo trabajo cita la opinión de algunos autores (Ramsey-Hunt), según el cual «en el síndrome del neoestriado dominan las hiperquinesias por pérdida de la inhibición de las funciones palidales». Describe la rigidez de descerebración y la importancia del núcleo rojo en los reflejos de posición (postura), según las experiencias realizadas por medio de cortes a distinta altura. Con sus 84 citas bibliográficas, constituye un excelente trabajo de puesta al día.⁹⁵⁷

Idénticos méritos recaen sobre el estudio del mismo autor que dedica a la enfermedad de Friedreich^{968 969} en el que describe la histopatología de la afección, basado en la bibliografía, las características hereditarias y la clínica, en la que sistematiza cuatro apartados: Síntomas de cordones posteriores, de sistema cerebeloso, piramidales y trófico-vegetativos, que analiza cuidadosamente.

Señala los trastornos cardíacos en el electrocardiograma, presentes en los dos casos en que lo realizaron. Describe seis casos personales magníficamente estudiados. Es de la opinión que la enfermedad de Friedreich y Pierre Marie, constituyen la misma entidad nosológica y deben ser agrupadas con la paraplejia espasmódica familiar.

Conviene citar, por último, el libro que Enrique Gómez y Merino dedicó a la Epilepsia.⁹⁷⁰ Constituye esta monografía, un extenso trabajo bibliográfico, sin experiencias o aportación personal, pero en el que es estudiada profundamente la etiología, la patogenia y el tratamiento de la epilepsia.

Indica la etiología múltiple de la afección, el concepto de crisis como reacción frente a noxas muy diversas, apoyado en experiencias de autores extranjeros, la acción de la hiperpnea, la de los agentes químicos, etc. Repasa las teorías que tratan de explicar la fisiopatología de las convulsiones, las variaciones analíticas sanguíneas en los epilépticos, la influencia del estado de hidratación, iónico y ácido-base, con referencia a los efectos terapéuticos de la dieta cetógena, las experiencias con suero de epiléptico inyectado a los animales de experimentación, el papel del L.C.R., que considera insignificante, el papel de las glándulas de secreción interna, de las emociones y del sistema vegetativo. Expone también los conceptos de excitación e inhibición en la crisis convulsiva (patogenia) y el tratamiento de las

mismas, respecto a lo que se muestra partidario de los bromuros, los compuestos del boro y los barbitúricos.

B) Trabajos de investigación

Aunque la investigación clínica, según hemos podido apreciar a lo largo de este trabajo, no fue muy amplia fuera de las escuelas madrileñas y catalana, algunos trabajos constituyen excepción de esta regla como son los publicados por Sanchís Perpiñá,⁹⁷¹ José Salas,⁹⁷² Gorriz y Raguz.⁹⁷³

Publica el primero un interesante estudio de la úlcera de Nelaton, en el que revisa las hipótesis pato-genéticas, expone casos personales y se muestra partidario de la gangliotomía simpática lumbar. Para llegar a esta conclusión, realiza experiencias en animales a los que secciona el ciático con el fin de provocarles trastornos tróficos y a continuación realiza la simpatetomía, confirmando la utilidad de esta intervención, por los medios experimentales señalados.

José Salas y José Solís, exploran la permeabilidad meníngea con el método del bromo de Walter, en 152 casos, en los que realizan 209 determinaciones. Encuentran valores normales en las psicopatías, en las neurosis y las psicosis maniaco-depresivas, así como la epilepsia esencial. Encuentran la permeabilidad disminuida en los síndromes postencefalíticos, en las encefalopatías infantiles y en las esquizofrenias excepto las catatónicas.

Por último los doctores Gorriz y Raguz, presentan en la Academia Médico-Quirúrgica española, en sesión de 14 de marzo de 1932, su experiencia en la neumoencefalografía en la demencia paralítica. Es interesante el hecho de que relacionen los hallazgos radiológicos con el pronóstico y la eficacia del tratamiento, procediendo por tanto con mentalidad científica moderna. En el trabajo asoma un cierto deseo de apoyarse en datos concretos mensurables frente a las hipótesis especulativas.

C) Casos clínicos

Resulta indudablemente farragoso el enumerar a los médicos generales y especialistas diversos que publicaron algún caso clínico en relación con la neurología en los comienzos del siglo XX. Sólo a título de ejemplo y con el fin de mostrar el interés del médico general por esta especialidad neurológica, he agrupado alguno de los casos clínicos publicados en los siguientes apartados:

1.º) *Síndromes extrapiramidales*

Sobre este tema publicó Díez Fernández un caso de síndrome postencefalítico, después de un paludismo.⁹⁷⁴ Discute si se puede hablar de una encefalitis palúdica o bien es preferible denominar a estos casos de paludismo con afectaciones nerviosas. Dada la mejoría del caso con quinina, piensa que no existirían focos inflamatorios cerebrales sino más bien una afectación secundaria a la infección palúdica en general. Concluye en la importancia de las investigaciones parasitarias sanguíneas para dilucidar la patogenia de estos casos.

Un caso de enfermedad de Parkinson que coincidió con hipertiroidismo, fue publicado por García García,⁹⁷⁵ caso postencefalítico que presentaba un metabolismo basal aumentadísimo y en el que el estudio necrópsico confirmó el hipertiroidismo aunque no evidenció lesiones en ganglios basales ni en otros lugares del encéfalo.

Fernández Vega⁹⁷⁶ presentó una enferma de 18 años que a los nueve años de edad había sufrido un cuadro de postración, ictericia y coluria durante tres meses, desarrollando a continuación un síndrome Parkinsoniano.

Por último Alvarez Sala y Díaz Flórez⁹⁷⁷ presentaron dos casos de enfermedad de Parkinson que habían comenzado aparentemente con un traumatismo psíquico, valorando este factor en la etiología de la afección. Concluyen sin embargo en que se trata en realidad de síndromes postencefalíticos sin relación con el trauma psíquico.

2.º) *Enfermedades infecciosas*

Casos de encefalitis de diversas etiologías fueron descritos por médicos generales o especialistas varios. Chacón⁹⁷⁸ estudió la gripal; Pérez Moreno presentó un caso poco estudiado (no se hace mención del estado del fondo de ojo ni se practica radiología alguna) de encefalitis letárgica, que fue tratada mediante abscesos de fijación glúteos, señalando el autor que el absceso agrava la enfermedad mientras se forma, pero la mejora una vez formado. También como terapéutica utiliza las punciones lumbares (no menos de 12 practicó a su paciente), pues opina que «las punciones lumbares ejercen una indudable beneficiosa influencia en el alivio sintomático y probablemente curativo».⁹⁷⁹

De la encefalitis melitocócica se ocupó González Suárez,⁹⁸⁰ presentando un caso de meningoencefalitis con disociación albúmino-citológica en el L.C.R., y seroaglutinaciones positivas para la brucella.

Indica la rareza de la encefalitis como expresión de la infección brucelósica.

En el capítulo de las meningitis, Francisco Zamarriego presentó cuatro casos de meningitis meningocócica,⁹⁸¹ bien estudiados, con cultivos o frotis positivos y controles periódicos de L.C.R.

Señala este autor los tabicamientos aracnoideos que se pueden producir tras la infección meníngea y la utilidad de los sueros específicos por vía parenteral y en forma de lavados del espacio subaracnoideo y ventrículos cerebrales. (Cabe señalar que el trabajo fue presentado a la Academia Médico Quirúrgica, y varios de los presentes se mostraron de acuerdo con estos procedimientos terapéuticos).

También señaló la importancia de la profilaxis mediante antisepsia rinofaríngea y la frecuencia de la hidrocefalia como secuela.

De la etiología neumocócica se ocupó A. Romeo⁹⁸² quien refiere un caso tratado con inyecciones intrarraquídeas de suero antidiftérico (no se pudo obtener antineumocócico), hielo en la cabeza, calomelanos y baños calientes a 38° cada 6 horas.

Respecto al virus herpético, cabe citar los trabajos de Alvarez Sainz de Aja⁹⁸³ y de Ortega y García.⁹⁸⁴ Señala el primero la coincidencia del zona con la varicela, diciendo: «Con Bokai creemos que los llamados zoster generalizados son varicelas coexistiendo con zona, o varicelas solamente; basta haber visto un caso, como el nuestro para adquirir la convicción». Cree que se trataría de un virus idéntico ya que en una sucesión de contagios con el mismo virus alternan ambos síndromes. En su opinión, el mencionado virus tiende a producir varicelas en los jóvenes y herpes zóster en los adultos (dermo y neurotropismo). Indica que la mayoría de las veces es el zona cefálico el que se acompaña de varicela, que suele aparecer de 4 a 8 días después del zona.

Ortega y García publicó tres casos de parálisis facial durante una epidemia limitada de zona (varios casos simultáneos en un calabozo), atribuyendo el mecanismo de la parálisis a la compresión o a la infección.

En lo referente a la lúes, citaremos el caso de sífilis medular publicado por J. S. Covisa⁹⁸⁵ en el que se aprecia el buen sentido clínico del autor, y otros dos casos raros publicados por González Suárez,⁹⁸⁶ bien estudiados, aunque quizá con excesiva tendencia a culpar a la lúes de todos los males neurológicos, como expresa el propio autor cuando dice que: «diagnosticado topográficamente el mal de encéfalo o de médula, pensamos ipso-facto en su posible

etiología específica, que, sin miedo a equivocarnos es la responsable de más de la mitad de las enfermedades nerviosas orgánicas».⁹⁸⁷

3.º) *Otros procesos*

Un caso de tumor cerebral «con diagnóstico de localización estrictamente clínico» fue presentado por el doctor Lluesma Uranga⁹⁸⁸ en el Hospital de la Beneficencia General (23 de abril de 1932), exponiendo la historia de un paciente que fue bien estudiado desde el punto de vista clínico, pero acerca del que no realizaron otro examen complementario que una radiografía de cráneo. También es de notar que en la presentación no se indica el estado del fondo de ojo, ni hemos podido recoger que se hubiese preguntado en la discusión, en la que, sin embargo, se hacen observaciones interesantes por el doctor Blanc Fortacin, acerca de la conveniencia, para la localización correcta del proceso, de las exploraciones complementarias neurorradiológicas, especialmente encefalografía y arteriografía cerebral, dato, este último, muy interesante ya que no hacía apenas 5 años que se había realizado la primera arteriografía carotídea, casi a título experimental.

Antonio Ros,⁹⁸⁹ presentó un caso interesante de pérdida de visión con fondo de ojo normal y escotoma central, en el que comprobó ligero ribete de Burton, y que atribuyó al saturnismo, ya que el enfermo cargaba y descargaba —en su trabajo habitual— mineral de plomo. Una vez separado de dicho trabajo, mejoró espectacularmente.

Gonzalo Suárez⁹⁹⁰ describió una mielosis funicular con anemia, en el que mejoran los síntomas generales notablemente, aunque en escasa medida los neurológicos, tras la hepatoterapia oral. A propósito de este caso, señaló Maraón la mejor respuesta terapéutica de los jóvenes, frente a los ancianos, en esta enfermedad neuroanémica.

Citaremos, por último, el caso de afasia postraumática publicado por Torres Ordax,⁹⁹¹ y el menos afortunado de enfermedad de Reklinghausen descrito por Tomé Bona y Peña Márquez,⁹⁹² a propósito de un paciente con neurofibromas cutáneos comprobados por biopsia y alteraciones neurológicas (nistagmus, ataxia, paraparesia, Babinski, etc.), que atribuyen a esclerosis múltiple. No presentan radiología ni examen de fondo de ojo. La interpretación de la semiología es equívoca, pues dice: «No se trata de una compresión medular por la ausencia del síndrome radicular... y por la presencia de una exaltación de los reflejos tendinosos».

BIBLIOGRAFIA

1. DOLSA RAMÓN, L. *Cuatro palabras acerca de la curación de la parálisis general*. Revista de Med. y Cir. Prácticas. T. II, n.º 56, 1878.
2. ESQUERDO, P. *Epilepsia-Catalepsia consecutiva*. Gaceta Médica de Cataluña. 1878.
3. ESQUERDO Y ZARAGOZA, J. *Sobre enfermedades mentales*. Revista de Med. y Cir. Prácticas. T. II, 1878.
4. PERAZA DE AYALA, T. *La Psiquiatría española en el siglo XIX*. Consejo Sup. de Invest. Científ. Madrid MCMXLVII. Colección de Monografías de Historia de la Medicina. 160 págs.
5. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Reflexiones sobre la evolución de la neurología clínica en Cataluña*. Anales de Medicina y Cirugía. 259-263, 1971.
6. ALONSO SAÑUDO. *Lecciones de Patología Médica*. Citado por Peraza de Ayala: *La Psiquiatría española en el siglo XIX*. Consejo Sup. de Invest. Científ. Madrid MCMXLVII. Colección de Monografías de Historia de la Medicina. 160 págs.
7. BENAVENTE, A. *El congreso médico internacional de Londres de 1881*. Revista de Med. y Cir. Prácticas. 1881.
8. RODRÍGUEZ VILLARGOITIA, J. *El Eco de la Medicina*. 2, 120, 964, 1850.
9. CUBI I SOLER. *Lecciones de Frenología*. Imprenta Hispana. Barcelona, 1852. 1. 160 págs.
10. PASTOR Y CONTRERAS, I. *Breve historia de la meningitis cerebral epidémica que en el mes de mayo y junio de 1849 se ha padecido en la ciudad de Viana: medios terapéuticos empleados en su tratamiento: lesiones anatómicas halladas en la inspección cadavérica; y varias observaciones acerca de esta enfermedad*. *El Eco de la Medicina*. 2, 108, 861, 1850.
11. CAMO, J. *¿Qué parte toman la médula y las raíces medulares en la meningitis basilar aguda?* *Anales de Ciencias Médicas*. 1, 22-228, 1876.
12. MORALES, A. *Crítica de libros*. Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. T. II, 1878.
13. ALONSO SAÑUDO. *Lecciones de Patología Médica*. Citado por Peraza de Ayala: *La Psiquiatría española en el siglo XIX*. Consejo Sup. de Invest. Científ. Madrid MCMXLVII. Colección de Monografías de Historia de la Medicina. 160 págs.
14. BERNAL, M. *Génesis de las perturbaciones tróficas determinadas por el sistema nervioso*. Revista de Med. y Cir. Prácticas. T. XI, 151, 1882.

59. SIGWALD, J. *Discurso de apertura de la Reunión común de la Sociedad Española de Neurología y de la Société Française de Neurologie*, Barcelona 22-23 sept., 1967. *Revue Neurologique*. T. 1, 17, 4, 544-547, 1967.
60. PEDRO PONS, A. *Discurso de contestación al académico L. Barraquer Ferré*. Ed. Durán, Calabria, 89. 48 págs. Barcelona, 1951.
61. *Necrología. El doctor Luis Barraquer Roviralta*. *Revista Médica de Barcelona*. T. XI, n.º 59, pág. 512, 1928.
Necrología. Luis Barraquer Roviralta. *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*. Año II, n.º XII, pág. 366, 1928.
62. *Necrológica. Luis Barraquer Roviralta*. *Ars Médica*. Sept., 1928.
63. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. *Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares*. 163-176, 1968.
64. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. *Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares*. 163-176, 1968.
65. PEDRO PONS, A. *El doctor Luis Barraquer Roviralta en el ambiente médico barcelonés*. *Medicina Clínica*. T. XV, 5, 291-292, 1950.
66. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Valor semiológico de la contracción ideomuscular*. (Discurso de recepción en la Real Acad. de Med. y Cir. de Barcelona). Joaquín Horta, impresor. Gerona, 11, Barcelona, 1922.
67. LUIS CASTAÑER, FEDERICO COROMINAS, etc. *Primer Centenario del nacimiento del doctor Luis Barraquer Roviralta*. *Revista Española de Oto-neuro-oftalmología y Neurocirugía*. XV, n.º 83 y 84, 1-13, 1955.
68. ROCA Y MUNNER, A. *Homenatge postum al doctor Lluís Barraquer Roviralta*. *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*. V, 28, 213-217, 1931.
69. BARRAQUER BORDAS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU VECIANA, J. M.^a; MARTÍ VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. *Anales de Medicina y Cirugía*. XLVIII, 230, 301-324, 1972.
70. LUIS CASTAÑER, FEDERICO COROMINAS, etc. *Primer Centenario de Oto-neuro-oftalmología y Neurocirugía*. XV, n.º 83 y 84, 1-13, 1955.
71. PEDRO PONS, A. *El doctor Luis Barraquer Roviralta en el ambiente médico barcelonés*. *Medicina Clínica*. T. XV, págs. 291-292, 1950.
72. ROCA Y MUNNER, A. *Homenatge postum al doctor Lluís Barraquer Roviralta*. *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*. V, 28, 213-217, 1931.
73. BARRAQUER BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU VECIANA, J. M.^a; MARTÍ VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. *Anales de Medicina y Cirugía*. XLVIII, 230, 301-324, 1972.
74. SALARICH Y TORRENTS. *Lluís Barraquer i Roviralta*. *Medicina Catalana*. (Galeria d'Occitans Il·lustres). T. III, 129-130, 1934.
75. BARRAQUER BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU VECIANA, J. M.^a; MARTÍ VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. *Anales de Medicina y Cirugía*. XLVIII, 230, 301-324, 1972.
76. SALARICH Y TORRENTS. *Lluís Barraquer i Roviralta*. *Medicina Catalana*. (Galeria d'Occitans Il·lustres). T. III, 129-130.
77. GUILLY. *Discurso Inaugural*. *Revue Neurologique*. T. 124, n.º 6, 411-413, 1971.
78. *Nota necrológica de L. Barraquer Ferré*. *Revue Neurologique*. T. 101, n.º 1, 43-44, 1959.
79. RUIZ LARA, R. *Bosquejo biográfico del prof. Luis Barraquer Ferré*. *Archivos de Neuro-psiquiatría*. Vol. X, 2, 127, 1952.
80. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Valor semiológico de la contracción ideomuscular*. (Discurso de recepción en la Real Acad. de Med. y Cir. de Barcelona). Joaquín Horta, impresor. Gerona, 11, Barcelona, 1922.

81. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Valor semiológico de la contracción idiomuscular*. Archivos de Neurología. T. III, n.º 2, 1922.
82. BARRAQUER FERRÉ, L.; GISPÉRT CRUZ, I. y CASTAÑER VENDRELL. *Tratado de enfermedades nerviosas*. 2 Tomos. Edit. Salvat, Barcelona, 1936.
83. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Presentación de un caso de contractura de origen quirúrgico diagnosticándola de otras disquinesias de origen central*. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía. 21-26 junio, 1921, Barcelona.
84. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Contribución al estudio semiológico del reflejo plantar*. Anales de Ciencias Médicas. N.º 8, 1921.
85. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Contribution à l'étude du reflexe plantaire pathologique*. Revue Neurologique. N.º N.º 5, 455-457, 1921.
86. BARRAQUER FERRÉ. *Contribución al estudio de la técnica de producción y semiología del reflejo plantar patológico*. Ars Médica. 392, nov., 1930. Recogido en Estudios de Neurología Clínica. Publicaciones Médicas. José Janés, Editor. Barcelona, 1952, 3-6.
87. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Valor semiológico de la contracción ideomuscular*. (Discurso de recepción en la Real Acad. de Med. y Cir. de Barcelona). Joaquín Horta, impresor. Gerona, 11, Barcelona, 1922.
88. BARRAQUER FERRÉ, L.; GISPÉRT CRUZ, I. y CASTAÑER VENDRELL. *Tratado de enfermedades nerviosas*. 2 Tomos. Edit. Salvat. Barcelona, 1936.
89. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Presentación de un caso de contractura de origen quirúrgico diagnosticándola de otras disquinesias de origen central*. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía. 21-26 junio, 1921, Barcelona.
90. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Etudes cliniques et expérimentales de Neurologie. Dégeneration et régénération du système nerveux périphérique*. Revue Neurologique. N.º 24, 1910. (1-11, Separata biblioteca Barraquer).
91. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Estudio experimental de la degeneración y regeneración del sistema nervioso periférico*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Año II, n.º 1, 7-14, 1928.
92. BARRAQUER FERRÉ. *Elementos de Neuropatología*. Publicación del Instituto de la mujer que trabaja. Barcelona, 1923, 126 págs.
93. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Estudio experimental de la degeneración y regeneración del sistema nervioso periférico*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Año II, n.º 1, 7-14, 1928.
94. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Etudes cliniques et expérimentales de Neurologie. Dégeneration et régénération du système nerveux périphérique*. Revue Neurologique. N.º 24, 1910. (1-11, Separata biblioteca Barraquer).
95. BARRAQUER FERRÉ, L. *Origen y evolución de algunos temas de neurología*. Ed. Durán. Calabria, 89. Barcelona, 1951, 48 págs.
96. BARRAQUER FERRÉ. *Elementos de Neuropatología*. Publicación del Instituto de la mujer que trabaja. Barcelona, 1923, 126 págs.
97. BARRAQUER FERRÉ, L.; GISPÉRT CRUZ, I. y CASTAÑER VENDRELL. *Tratado de enfermedades nerviosas*. 2 tomos. Edit. Salvat, Barcelona, 1936.
98. BARRAQUER FERRÉ. *Publicación del Instituto de la mujer que trabaja*. Barcelona, 1923, 126 págs.
99. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Contribución a la symptomatologie du système nerveux périphérique*. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière. Núms. 3 y 4, 1914 y 1915, 1-50 sep.
100. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Valor semiológico de la contracción idiomuscular*. Archivos de Neurobiología. T. III, n.º 2, 1922.
101. VAN BOGAERT, L. *Evolution de nos connaissances sur l'athétose double*. Medicina Clínica. T. XV, 5, 330-336, 1950.
102. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Atetosis doble*. Gaceta Médica Catalana. 20, 12, 385-391, n.º 480, 1897.

103. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Atetosis doble (síndrome mesoencefálico)*. Gaceta Médica Catalana. T. LVIII, n.º 1.048, págs. 99-106, 1921.
104. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Atrofias musculares*. Conferencia en el Hospital de la Santa Cruz. Citado por Barraquer Ferré, en «Estudios de Neurología Clínica», Publicaciones Médicas. José Janés, Editor. Barcelona, 1952, pág. 397.
105. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Atrofia muscular artrítica*. Revista Española de Medicina y Cirugía. Año IV, n.º 32, febrero, 1921.
106. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Presentación de un caso de contractura de origen quirúrgico diagnosticándola de otras disquinesias de origen central*. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía. 21-26, junio, 1921, Barcelona.
107. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Histoire clinique d'un cas d'atrophie de tissu cellulo-adipeux*. Zentralb. ges. Neurol. und Psych. 26, 22, 16, 1.072, 1907.
108. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Un caso de distrofia adiposa juvenil*. Archivos de Endocrinología y Nutrición. 1, 6, 321-328, 1924.
109. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Un caso de distrofia adiposa juvenil*. Archivos de Endocrinología y Nutrición. 1, 6, 321-328, 1924.
110. MARAÑÓN, G. y BLANCO SOLER. *Lipodistrofia cefalotorácica*. Endocrinology. Los Angeles, año X, n.º 2, 1926.
111. PARDO URDAPIETA, J. M.^a *Un caso de enfermedad de Barraquer*. Archivos de Endocrinología y Nutrición. T. 1, n.º 2, 1924.
112. MARAÑÓN, G. *Un caso de lipodistrofia progresiva con curiosas alteraciones endocrinas*. Archivos de Neurobiología. T. 1, n.º 3, 1920.
113. MARAÑÓN, G. y ALVAREZ CASCOS, J. *Sobre la lipodistrofia progresiva (lipodistrofia cefalotorácica)*. Los Progresos de la Clínica. T. 38, n.º 219, 1930.
114. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Lipodistrofia cefalo-torácica progresiva de Barraquer*. Medicina Clínica. T. XV, n.º 5, 296-307, 1950.
115. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y CUATRECASAS, J. *Un caso de enfermedad de Barraquer*. Revista Médica de Barcelona. Año IV, T. VIII, n.º 44, 1927.
116. BARRAQUER FERRÉ, L. *Estudios de Neurología clínica*. Publicaciones Médicas. José Janés, Editor. Barcelona, 1952.
117. MARTÍ VILLALTA. *Estudio de la obra neurológica del doctor Luis Barraquer Roviralta*. Trabajo inédito. Barcelona, 1974.
118. BARRAQUER FERRÉ, L. GISPERT CRUZ, I. y CASTAÑER VENDRELL. *Tratado de enfermedades nerviosas*. 2 tomos. Edit. Salvat. Barcelona, 1936.
119. ORTIZ GONZÁLEZ, ESTEVEZ, G. BLÁZQUEZ y SOTO CUENCA. *Breve recuerdo histórico del desarrollo de la neurocirugía en España*. Revista Española de Oncología. Vol. XV, 99-103, 1968.
120. BARRAQUER ROVIRALTA, L. *Cas de sarcome perforant*. La Presse Médicale. N.º 74, 15-IX, 1928. (Separata biblioteca Barraquer).
121. BARRAQUER ROVIRALTA, L. y BARRAQUER FERRÉ, L. *Lesiones de compresión encefálica*. Recogido en el libro: Estudios de Neurología Clínica, 44.
122. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. 163-176, 1968.
123. PEDRO PONS, A. *Discurso de contestación al académico L. Barraquer Ferré*. Ed. Durán. Calabria, 89, 48 págs. Barcelona, 1951.
124. SIGWALD, J. *Discurso de apertura de la Reunión común de la Sociedad Española de Neurología y de la Société Française de Neurologie*. Barcelona, 22-23 sept., 1967. Revue Neurologique. T. 1, 17, 4, 544-547, 1967.
125. GUILLY. *Discurso inaugural*. Revue Neurologique. T. 124, n.º 6, 411-413, 1971.
126. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *¿Cómo podría afrontarse el estudio sistemático y colectivo de las neuropatías heredofamiliares observadas en España?* Archivos de Neurobiología. XX, 1, 79-104, 1957.

127. OBRADOR, S. *Epoca neuropatológica de Prados*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, n.º 4, 465-468, 1969.
128. OBRADOR, S. *La lección de la vida de Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, 173-176, 1972.
129. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. 163-176, 1968.
130. VALENCIANO GAYA, L. *José M.ª Villacián, psiquiatra*. Archivos de Neurobiología. T. XXXVI, 3, 257-264, 1973.
131. VALENCIANO GAYA, L. *Para un estudio de la personalidad del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, 159-166, 1972.
132. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (1.ª parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 2, 181-196, 1961.
133. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Actas del III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. (Santiago de Compostela, 1952), pág. 25. Industrias Gráficas de España. Madrid, 1952.
134. FERNÁNDEZ SANZ, E. *La instalación de departamentos neuropsiquiátricos en los Hospitales Generales*. Archivos de Med. Cir. y Esp. T. XXXVI, n.º 8, 237-239, 1933.
135. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (1.ª parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 2, 181-196, 1961.
136. OBRADOR, S. *La lección de la vida de Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, 173-176, 1972.
137. VALENCIANO GAYA, L. *Para un estudio de la personalidad del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, 159-166, 1972.
138. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Actas del III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. (Santiago de Compostela, 1952). Pág. 25. Industrias Gráficas de España. Madrid, 1952.
139. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía.
140. OBRADOR, S. *La lección de la vida de Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, 173-176, 1972.
141. GARCÍA DEL REAL. *Historia de la Medicina en España*. Editorial Reus. Madrid, 1921.
142. RAMÓN Y CAJAL, S. *Recuerdos de mi vida*. Pág. 74. Citado por García del Real, 347.
143. GARCÍA DEL REAL. *Historia de la Medicina en España*. Editorial Reus. Madrid, 1921.
144. GARCÍA DEL REAL. *Historia de la Medicina en España*. Editorial Reus. Madrid, pág. 1.133, 1921.
145. LAFORA, G. R. *El profesor Luis Simarro*. Archivos de Neurobiología. T. II, 209-211, 1921.
146. LAFORA, G. R. *El profesor Luis Simarro*. Archivos de Neurobiología. T. II, 209-211, 1921.
147. GARCÍA DEL REAL. *Historia de la Medicina en España*. Editorial Reus. Madrid, 1921, pág. 1.134.
148. GRANJEL, L. *Historia de la Medicina Española*. Editorial Sayma. Barcelona, 1962.
149. LAÍN ENTRALGO, P. *Vida y significación de Nicolás Achúcarro*. Medicamenta. XXXVII, 375, 36-40, 1962.
150. GRANJEL, L. *Nicolás Achúcarro en el recuerdo de sus coetáneos*. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y de Antropología Médica. XII, 25-33. Madrid, 1960.

151. JIMÉNEZ, J. R. *Nicolás Achúcarro*. Españoles de tres mundos. 159-161. A. Aguado, Editor. Madrid, 1960.
152. UNAMUNO, M. D. *Nicolás de Achúcarro*. Sensaciones de Bilbao. Obras Completas I, 805-808. A. Aguado, Editor. Madrid, 1951.
153. CASTRO, F. DE. *La obra científica histopatológica de Nicolás Achúcarro*. Hospital General. II, 4, 441-456, 1962.
154. GONZÁLEZ-BUENO, C. *Don Nicolás Achúcarro (1880-1918)*. Hospital General. II, 4, 439-440, 1962.
155. ORTEGA Y GASSET, J. *Una pérdida nacional. Nicolás Achúcarro*. Obras Completas. III, 28-29. Madrid, 1941.
156. MOYA, G. *Servicio de Neurología Nicolás Achúcarro*. A. G. Ibarra, Ed. Madrid, 1967. Monografía.
157. OBRADOR, S. *Pasado y futuro de nuestras especialidades en Madrid*. Archivos de Neurobiología. T. XXII, 4, 383-397, 1959.
158. GARCÍA DEL REAL. *Historia contemporánea de la Medicina*. Ed. Espasa-Calpe. Madrid, 1934, 661 págs., 156-157.
159. MARAÑÓN Y POSADILLO, G. *La Medicina hace 20 años*. Publicado en el diario «Ahora». Agosto, 1933, y recogido en El Siglo Médico. T. 92, n.º 4.158, págs. 191, 1933.
160. MOYA, G. *Servicio de Neurología Nicolás Achúcarro*. A. G. Ibarra, Ed. Madrid, 1967. Monografía.
161. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología Española*. 2.ª parte. Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 4, 400-418, 1961.
162. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía.
163. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía.
164. VALENCIANO GAYA, L. *Para un estudio de la personalidad del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, 159-166, 1972.
165. VALENCIANO GAYA, L. *Para un estudio de la personalidad del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, 159-166, 1972.
166. LAFORA, G. R. *Reflexiones de un viejo especialista sobre la Neurología en el primer tercio del siglo XX*. Archivos de Neurobiología. XXXII, 1, 7-21, 1969.
167. OBRADOR, S. *La lección de la vida de Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, 173-176, 1972.
168. OBRADOR, S. *La lección de la vida de Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, pág. 174, 1972.
169. VALENCIANO GAYA, L. *Para un estudio de la personalidad del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, pág. 165, 1972.
170. VALENCIANO GAYA, L. Prólogo del libro *Don Juan, Los milagros y otros ensayos*. Alianza Editorial. Pág. XIII. Madrid, 1975.
171. LAFORA, G. R. Discurso de recepción. *La fisiología y patología del sueño*. El Siglo Médico. T. 91, n.º 4.145, pág. 529, 1933.
172. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía.
173. VALENCIANO GAYA, L. *Las polémicas periodísticas del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. T. XXXVI, n.º 4, 335-350, 1973 (primera parte).
174. Ibídem.
175. Ibídem.
176. VALENCIANO GAYA, L. *Las polémicas periodísticas del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. T. XXXVI, n.º 4, pág. 342, 1973 (primera parte).
177. Ibídem. pág. 343.
178. Ibídem. pág. 343.

178. Ibídem, pág. 345.
179. Ibídem, pág. 346.
180. LAFORA, G. R. *Carta a Sarró*. (Documento inédito).
181. VALENCIANO GAYA, L. *Las polémicas periodísticas del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. T. XXXVI, n.º 4, 335-350, 1973 (primera parte).
182. Ibídem.
183. VALENCIANO GAYA, L. *Las polémicas periodísticas del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. T. XXXVII, n.º 1, pág. 63, 1974 (segunda parte).
184. Idem., pág. 65.
185. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía.
186. VALENCIANO GAYA, L. *Las polémicas periodísticas del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. T. XXXVII, n.º 1, 61-78, 1974 (segunda parte).
187. Ibídem, pág. 68.
188. Ibídem.
189. Ibídem, pág. 69.
190. Ibídem.
191. Ibídem.
192. VALENCIANO GAYA, L. *Las polémicas periodísticas del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. T. XXXVII, n.º 1, págs. 69 y 70, 1974 (segunda parte).
193. Ibídem, págs. 74 y 75.
194. VALENCIANO GAYA, L. *Las polémicas periodísticas del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. T. XXXVII, n.º 1, págs. 74, 75 y 76, 1974 (segunda parte).
195. LAFORA, G. R. *Disgustos, peripecias y desengaños de Del Río Hortega*. Revista Española de Oncología. Vol. XII, fasc. 2, 45-50, 1965.
196. PEREYRA, C. *El trotamundos y el Psiquiatra*. Lectura, libros e ideas. XII, 3, 152, 1939.
197. VILLAVARDE, J. M.^a DE. *Sobre la patogenia de la ataxia tabética*. El Siglo Médico. LXVIII, n.º 3.514, 357-360, 1921.
198. Ibídem.
199. LAFORA, G. R. *Sobre la patogenia de la ataxia tabética*. (Respuestas a unas objeciones del doctor Villaverde). El Siglo Médico. LXVIII, n.º 3.516, págs. 405-409, 1921.
200. LAFORA, G. R. *El tratamiento intrarraquídeo de las afecciones sifilíticas y parasifilíticas del sistema nervioso*. El Siglo Médico. 1917. (Separata en la Biblioteca Lafora).
201. LAFORA, G. R. *Progresos recientes en el tratamiento intrarraquídeo de la neurosífilis*. Congreso de Oporto. Asociación Española para el Progreso de las Ciencias. Imprenta Clásica Española. Glorieta de la Iglesia. Madrid, 167-182, 1921.
202. VILLAVARDE J. M. DE. *Sobre la terapéutica intrarraquídea de la lues nerviosa*. La Medicina Ibero. 339-343, 1921.
203. LAFORA, G. R. *Mielitis funicular de Lichtheim, consecutiva a la anemia perniciosa. Curación con la dieta hepática*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 35, n.º 8, 146-147, 1932.
204. Sección profesional. *Oposiciones*. El Siglo Médico. T. XCII, n.º 4.168, pág. 470, 1933.
205. Sección profesional. El Siglo Médico. T. XCII, n.º 4.177, pág. 717, 1933.
206. LAFORA, G. R. *Encefalopatías debidas a la triquinosis*. Gaceta Médica Española. II, 18, 273-276, 1928.
207. SANCHIS BANUS, ALBERCA LORENTE y ALDAMA TRUCHUELO. *Sobre los síndromes de la triquinosis humana. (Réplica a las observaciones de Lafora)*. Gaceta Médica Española. II, 18, 276-278, 1928.
208. LAFORA, G. R. *Aclaración final*. Gaceta Médica Española. II, 18, 278-280, 1928.

209. LAFORA, G. R. *Revista de Revistas*. Anales de Medicina Interna. T. I, n.º 8, 741-743, 1932.
210. REY ARDID, R. *Lafora, docente*. Archivos de Neurobiología. T. XXXV, 2, 171-172, 1972.
211. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía.
212. VALENCIANO GAYA, L. *Para un estudio de la personalidad del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, pág. 162, 1972.
213. LLAVERO AVILÉS, F. *Mi último homenaje al maestro*. Archivos de Neurobiología. T. XXXV, 2, 165-169, 1972.
214. LAFORA, G. R. Discurso de recepción. *La fisiología y patología del sueño*. El Siglo Médico. T. 91, n.º 4.145, pág. 529, 1933. (Sección profesional).
215. CONGRESO NEUROLÓGICO INTERNACIONAL. *Revue Neurologique*. LXIV, n.º 4, 449, 1935.
216. LAFORA, G. R. *Reflexiones de un viejo especialista sobre la Neurología en el primer tercio del siglo XX*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, 1, 7-21, 1969.
217. LAFORA, G. R. *Reflexiones de un viejo especialista sobre la Neurología en el primer tercio del siglo XX*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, 1, 7-21, 1969.
218. LAFORA, G. R. *La orientación neurológica en la Psiquiatría*. Archivos de Neurobiología. T. XIV, 2, 291-313, 1934.
219. LAFORA, G. R. *Un caso de angioma del puente de Varolio con consideraciones sobre los tumores del encefalo*. Revista Clínica de Madrid. T. VIII, 441-446, 1912.
220. LAFORA, G. R. *Un caso de tumor del cuerpo calloso sin dispraxia izquierda*. Archivos de Neurobiología. T. I, n.º 1, 45-48, 1920.
221. LAFORA, G. R. *La fiebre y la taquicardia en los tumores cerebrales*. Archivos de Neurobiología. T. VIII, n.º 5, 223-246, 1928.
222. LAFORA, G. R. *La fièvre et la tachycardie dans les tumeurs cérébrales*. (Sur les centres thermogénétiques encéphaliques). *Revue Neurologique*. T. II, n.º 5, 499-511, 1929.
223. *Ibidem*, pág. 510.
224. LAFORA, G. R. *Sobre el hambre y la anorexia de origen cerebral*. Ciencia (Revista hispanoamericana de ciencias puras y aplicadas). Año I, n.º 1, 8-18, 1940.
225. LAFORA, G. R. *El diagnóstico topográfico de los tumores difusos de la meninge medular por el lipiodol*. La Medicina Ibera. T. XXVI, n.º 1, 301-302, 1930.
226. LAFORA, G. R. *El diagnóstico localizador de los tumores cerebrales del lóbulo temporal*. Archivos de Neurología y Psiquiatría de México. T. III, n.º 1, 297-341, 1939.
227. LAFORA, G. R. *Contribución al estudio de la demencia senil y sus formas*. Revista Clínica de Madrid. T. VI, n.º 14, 1911.
228. LAFORA, G. R. *La encefalitis letárgica en España*. (Estudio clínico y anatomopatológico). Archivos de Neurobiología. T. I, 209-225, 1920.
229. *Ibidem*, pág. 225.
230. LAFORA, G. R. *Encefalomiелitis diseminada o enfermedad de Flatau; diagnóstico, pronóstico y tratamiento*. El Siglo Médico. (Sección profesional). T. XCIV, n.º 4.235, 187-188, 1935.
231. LAFORA, G. R. *Un caso de encefalomiелitis diseminada*. El Siglo Médico. T. XCVII, n.º 4.299, pág. 462. (Sección profesional). 1936.
232. LAFORA, G. R. *Encefalomiелitis diseminada aparecida a raíz de una frenicectomía*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIX, n.º 10, pág. 357, 1936.
233. LAFORA, G. R. *¿Existe un síndrome basedowiano de origen neurógeno central? (Con motivo de un caso de parkinsonismo y basedowismo postencefalítico)*. Libro Homenaje a Marañón. Ed. Paracelso. Larra, 6. Madrid, 1929, 607-643.

234. LAFORA, G. R. *Estudio clínico y patológico de la forma juvenil hereditaria de la parálisis general*. Revista Clínica de Madrid. T. VIII, 201-204, 1912.
235. LAFORA, G. R. *La alucinosis postmalárica en la parálisis general progresiva*. El Siglo Médico. T. LXXXV, n.º 3.982, 349-358, 1930.
236. LAFORA, G. R. *Sobre la patogenia de la ataxia tabética*. (Respuestas a unas objeciones del doctor Villaverde). El Siglo Médico. LXVIII, n.º 3.516, págs. 405-408, 1921.
237. LAFORA, G. R. *Nouvelles observations sur la pathogénie d'un nouveau symptôme de meningitis*. Revue de Medicine. T. XXXVIII, 1921.
238. LAFORA, G. R. *Parálisis facial periférica recurrente y familiar de origen reumático infeccioso. Su mecanismo patogénico*. Documento inédito. Biblioteca Lafora. Cátedra de Historia de la Medicina. Madrid.
239. LAFORA, G. R. *El reumatismo infeccioso del Sistema Nervioso Central y Periférico, y sus formas clínicas*. Documento inédito. Biblioteca Lafora. Madrid.
240. LAFORA, G. R. *Nistagmus congénito y temblor hereditario de la cabeza*. (Patogenia cerebelosa del síndrome). Archivos de Neurobiología. T. II, 181-188, 1921.
241. LAFORA, G. R. *La pseudoesclerosis tardía (formas familiares y hereditarias)*. Archivos de Neurobiología. T. V. núms. 4, 5 y 6, 141-165.
242. Ibidem, pág. 163.
243. LAFORA, G. R. *Un nuevo tratamiento original de la miastenia bulbar pseudoparalítica*. El Siglo Médico. T. LXXXI, n.º 3.885, 1928, pág. 567.
244. LAFORA, G. R. *Sobre nuestro tratamiento lipóideo de la miastenia*. Archivos de Neurobiología. T. IX, n.º 3, 280-283, 1929.
245. BARRAQUER FERRÉ, L.; GISPERT CRUZ, I.; y CASTAÑER VENDRELL. *Tratado de enfermedades nerviosas*. 2 tomos. Edit. Salvat. Barcelona, 1936.
246. LAFORA, G. R. *Tratamiento de la meningitis tuberculosa con las inyecciones intrarraquídeas de tuberculina*. Asociación Española para el progreso de las ciencias. T. IX, pág. 51.
247. LAFORA, G. R. *Mielitis funicular de Lichtheim, consecutiva a la anemia perniciosa. Curación con la dieta hepática*. Los tratamientos actuales. Año II, n.º 30, 125-134.
248. LAFORA, G. R. *Mielitis funicular de Lichtheim, consecutiva a la anemia perniciosa. Curación con la dieta hepática*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 35, n.º 8, 146-147, 1932.
249. LAFORA, G. R. *Sobre la terapéutica quirúrgica de lairingomielia y sobre otros tratamientos en neuropsiquiatría*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidad. T. XXXIII, n.º 454, 1-4, 1930.
250. LAFORA, G. R. *El tratamiento quirúrgico de lairingomielia (método de Phusepp) y las ideas modernas patogénicas*. La Medicina Ibero. T. XXV, 2, 641-645, 1929.
251. CASTRESANA, B. *Contribución al estudio de lairingomielia*. Tesis Doctoral. Madrid, 1893.
252. LAFORA, G. R. y AYDILLO. *El sueño patológico (narcolepsia y somnolencia) y su tratamiento con la efedrina*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, n.º 50, 1.150-1.151, 1931.
253. LAFORA Y AYDILLO. *Tratamiento de la narcolepsia con la efedrina. Sobre la teoría vago-simpática del sueño*. Anales de Medicina interna. I, n.º 2, 3-19, 1932.
254. LAFORA, G. R. *El tratamiento intrarraquídeo de las afecciones sifilíticas y parasifilíticas del sistema nervioso*. El Siglo Médico. 1917. Separata Biblioteca Lafora. Cátedra de Historia de la Medicina. Madrid.
255. LAFORA, G. R. *Tratamiento intrarraquídeo de las afecciones sifilíticas y parasifilíticas del sistema nervioso*. Revue Neurologique. Agosto, 1919.
256. LAFORA, G. R. *Diagnóstico y tratamiento modernos de la neurosífilis*. Monografía Calpe, 1920.

257. LAFORA, G. R. *Progresos recientes en el tratamiento intrarraquídeo de la neurosífilis*. Congreso de Oporto. Asociación Española para el Progreso de las Ciencias. Imprenta Clásica Española. Glorieta de la Iglesia. Madrid, 167-182, 1921.
258. LAFORA, G. R. *Progresos recientes en el tratamiento intrarraquídeo de la neurosífilis*. Archivos de Neurobiología. T. II, 56-70, 1921.
259. LAFORA, G. R. *Progresos recientes en el tratamiento intrarraquídeo de la neurosífilis*. Congreso de Oporto. Asociación Española para el Progreso de las Ciencias. Imprenta Clásica Española. Glorieta de la Iglesia. Madrid, 169-170, 1921.
260. *Ibidem*.
261. *Ibidem*.
262. *Ibidem*.
263. *Ibidem*. pág. 172.
264. LAFORA, G. R. *Progresos recientes en el tratamiento intrarraquídeo de la neurosífilis*. Archivos de Neurobiología. T. II, 56-70, 1921.
265. LAFORA, G. R. *Neurorrecidivas y su tratamiento*. Revista de Información terapéutica. Año XVII, n.º 4, 234-251, 1935.
266. LAFORA, G. R. y PRADOS, M. *Investigaciones experimentales sobre la función del cuerpo calloso*. Archivos de Neurobiología. T. II, 363-383, 1921.
267. *Ibidem*, págs. 382-383.
268. LAFORA, G. R. y PRADOS, M. *Sobre las funciones del cuerpo calloso*. Asociación Española para el progreso de las ciencias. Monografía. Publica el Congreso de septiembre de 1919 de Bilbao, 171-175.
269. LAFORA, G. R. *Experiencias personales sobre los centros nerviosos del sueño, próximos al tercer ventrículo del cerebro*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, n.º 23, 534-535, 1931.
270. LAFORA, G. R. *Los centros reguladores del sueño próximos al III ventrículo cerebral*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, n.º 40, 939-942, 1931.
271. LAFORA, G. R. *Los centros reguladores del sueño próximos al tercer ventrículo cerebral*. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española. T. XVIII, 599, 1931.
272. LAFORA, G. R. *Experiencias personales sobre los centros nerviosos del sueño próximos al III ventrículo del cerebro*. Gaceta Médica Española. T. VI, n.º 61, 40, 1931.
273. LAFORA, G. R. *Los centros reguladores del sueño próximos al tercer ventrículo cerebral*. Gaceta Médica Española. T. VI, n.º 62, 93-95, 1931.
274. LAFORA, G. R. y AYDILLO, L. *El insomnio de la hiperglucemia diabética y prediabética*. Gaceta Médica Española. T. V, n.º 52, 187-188, 1931.
275. LAFORA, G. R. *Corea y atetosis experimental*. Libro en honor a Ramón y Cajal. Madrid, 1922. Biblioteca Lafora.
276. LAFORA, G. R. *Ueber das Vorkommen amyloider Körperchen im Innern der Ganglienzellen*. Virchow's Arch. T. CCV, 1911.
277. ROGER ET COLS. *Epilepsie-myoclonie progressive avec corps de Lafora*. Revue Neurologique. T. 112, 50-61, 1965.
278. VAN HEYCOP, TEN HAM ET DE JAGER. *Progressive myoclonus epilepsy with Lafora bodies, clinical-pathological features*. Epilepsia. I, 4, 95-119, 1963.
279. LAFORA, G. R. *Les myoclonies et les corps amylacés dans les cellules nerveuses*. (Priorité de leur découverte). Revue Neurologique. 1924. Separata Biblioteca Lafora.
280. LAFORA, G. R. *Myoclonus*. Physiological and pathological considerations. Separata Biblioteca Lafora. Excerpta Médica, 1955.
281. LAFORA, G. R. *Disgustos, peripecias y desengaños de Del Río Hortega*. Revista Española de Oncología. Vol. XII, fasc. 2, 45-50, 1965.
282. VILLAVERDE, J. M. DE. Sección profesional. El Siglo Médico. T. 94, n.º 4.224, 587-590, 1934.

283. Sección profesional. *Oposiciones*. El Siglo Médico. T. XCII, n.º 4.177, pág. 717, 1933.
284. LAFORA, G. R. *Disgustos, peripecias y desengaños de Del Río Hortega*. Revista Española de Oncología. Vol. XII, fasc. 2, 45-50, 1965.
285. CONGRESO INTERNACIONAL DE HISTORIA DE LA MEDICINA. El Siglo Médico. Número especial de 29-XII-34, T. 94, pág. 734, 1934.
286. PEREYRA, C. *Polémica con el doctor Lafora*. Lectura. T. XIV, 3, pág. 192, 1940, Méjico.
287. VILLAVERDE, J. M. DE. *Considerations sur l' Epilepsie extrapiramidale*. L'Encephale. T. XXV, n.º 3, 199-227, 1930.
288. VILLAVERDE, J. M. DE. *Contribución al conocimiento de la epilepsia para-simpática*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 34, n.º 52, 1.188, 1931.
289. VILLAVERDE, J. M. DE. *La Epilepsia*. Editorial el Siglo Médico. Monografías. 25 junio 1930, 184 págs. Madrid.
290. VILLAVERDE, J. M. DE. *La Epilepsia*. Editorial el Siglo Médico. Monografías. 25 junio 1930, 184 págs. Madrid.
291. Ibidem.
292. Ibidem.
293. Ibidem.
294. VILLAVERDE, J. M. DE. *Un caso de polineuritis por Salvarsan*. El Siglo Médico. T. 95, n.º 4.257. (Sección profesional). 49, 1935.
295. VILLAVERDE, J. M. DE. *Algo sobre la supuesta patogenia de la enfermedad de Dupuytren (Un caso de polineuritis con retracción de la aponeurosis palmar)*. La Medicina Ibero. T. XXV, vol. 2, 213-216.
296. VILLAVERDE, J. M. DE. *Las neuritis postgripales*. Archivos de Neurobiología. T. I, 23-24, 1920.
297. VILLAVERDE, J. M. DE. *Neuritis ópticas retrobulbares en el alcoholismo*. El Siglo Médico. T. 95. (Sección profesional). N.º 4.245, 468, 1935.
298. VILLAVERDE, J. M. DE. *Contribución al conocimiento de los fenómenos neuríticos producidos por la quinina*. La Medicina Ibero. T. XXII, 1, 173-177, 1928.
299. VILLAVERDE, J. M. DE. *Las neuralgias cervicobraquiales*. El Siglo Médico. T. 95. (Sección profesional). N.º 4.245, 468, 1935.
300. VILLAVERDE, J. M. DE. *Contribución al estudio de la siringomielia y otros procesos patológicos afines*. Trabajos del Laboratorio de Investigaciones Biológicas de la Universidad de Madrid. T. XIX, 1921.
301. VILLAVERDE, J. M. DE. *En torno a la epidemia de poliomieltis*. La Medicina Ibero. T. XXV, vol. II, 473-478, 1929.
302. VILLAVERDE, J. M. DE. *La presentación de los síntomas medulares y mentales en la anemia perniciosa*. El Siglo Médico. T. 97, n.º 4.294, 329. Sección profesional, 1936.
303. VILLAVERDE, J. M. DE. *Consideraciones sobre algunos casos de mielitis diseminada aguda*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, n.º 10, 187, 1932.
304. VILLAVERDE, J. M. DE. *Cordotomía*. El Siglo Médico. T. 94, n.º 4.238, 271, 1935. Sección profesional.
305. VILLAVERDE, J. M. DE. *Sobre la patogenia de la ataxia tabética*. El Siglo Médico. LXVIII, n.º 3.514, 357-360, 1921.
306. VILLAVERDE, J. M. DE. *Sobre la terapéutica intrarraquídea de la lues nerviosa*. La Medicina Ibero. 339-343, 1921.
307. VILLAVERDE, J. M. DE. *Las lesiones de la tabes y su importancia en la génesis de los síntomas*. El Siglo Médico. T. 97, n.º 4.302, 544, 1936.
308. VILLAVERDE, J. M. DE. *El síntoma de Argyll-Robertson y su importancia en la clínica*. El Siglo Médico. T. 97, n.º 4.307, pág. 685, 1936. Sección profesional.

309. VILLAVERDE, J. M. DE. *Consideraciones sobre las causas del ataque de apoplejía*. El Siglo Médico. T. 91, n.º 4.129, 73-81, 1933.
310. *Ibidem*.
311. VILLAVERDE, J. M. DE. *La Patogenia y el tratamiento del ataque de apoplejía*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, n.º 11, 322-323, 1933.
312. VILLAVERDE, J. M. DE. *La patogenia y el tratamiento del ataque de apoplejía*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, n.º 13, 383-384, 1933.
313. VILLAVERDE, J. M. DE. *Las formas incompletas del síndrome talámico*. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española. Año XVI, Entrega 2.ª, 121-124, 1929.
314. VILLAVERDE, J. M. DE. *Síndrome talámico incompleto*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVII, n.º 47, 1.297-1.298, 1934.
315. VILLAVERDE, J. M. DE. *Consideraciones sobre un caso de lesión del plexo braquial*. El Siglo Médico. T. 89, n.º 11-VI, 1932.
316. VILLAVERDE, J. M. DE. *Consideraciones sobre los síntomas y la patogenia de la narcolepsia*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, n.º 47, 1.082, 1931.
317. VILLAVERDE, J. M. DE. *Innovaciones recientes en Neurología*. Edit. Javier Morata. Madrid, 362-384, 1932.
318. MARAÑÓN, G. *Nota Necrológica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, n.º 31, 613, 1932.
319. SANCHIS BANUS. *Nota Necrológica*. Anales de Medicina Interna. T. I, 749, 1932.
320. OBRADOR, S. *Pasado y futuro de nuestras especialidades en Madrid*. Archivos de Neurobiología. T. XXII, 4, 383-397, 1959.
321. SANCHIS BANUS. *La frecuencia y significación de los síntomas cerebelosos en los tumores del lóbulo frontal*. (Traducción del «Bulletin of the Neurological Institute of New-York»). Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, n.º 4, 79, 1932.
322. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Archivos de Neurobiología. T. VI, 161, 1926.
323. MARAÑÓN, G. *Nota Necrológica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, n.º 31, 613, 1932.
324. CODINA CASTELLVI, J. *En memoria de Sanchis Banús*. Gaceta Médica Española. Año VII, n.º 74, 72, 1932.
325. MARAÑÓN, G. *Nota Necrológica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, n.º 31, 613, 1932.
326. SANCHIS BANUS. *Declaraciones a Gaceta Médica*. Gaceta Médica Española. T. V, n.º 56, 236, 1931.
327. CODINA CASTELLVI, J. *En memoria de Sanchis Banús*. Gaceta Médica Española. Año VII, n.º 74, 72, 1932.
328. HERNANDO, T. *La somnolencia en los tumores del mediastino*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, n.º 8, 222, 1933.
329. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, n.º 8, 237, 1933.
330. MARAÑÓN, G. *Nota Necrológica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, n.º 31, 613, 1932.
331. FERNÁNDEZ SANZ, E. *La instalación de departamentos neuropsiquiátricos en los Hospitales Generales*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, n.º 8, 237-239, 1933.
332. OBRADOR, S. *Pasado y futuro de nuestras especialidades en Madrid*. Archivos de Neurobiología. T. XXII, 4, 383-397, 1959.

333. MARAÑÓN, G. *Nota Necrológica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, n.º 31, 613, 1932.
334. LAÍN ENTRALGO. *Descargo de conciencia*. Ed. Barral. Barcelona, 1973, pág. 102.
335. SANCHÍS BANÚS. *Semiología general y exploración de los enfermos del sistema nervioso*. En el libro: Manual de Medicina Interna (Hernando, T. y G. Marañón). T. II, 1-96, Madrid, 1920.
336. SANCHÍS BANÚS. *El estado actual de la cuestión de la afasia*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. I, n.º 1, 3-10, 1920.
337. SANCHÍS BANÚS. *Sobre el valor clínico del «Reflejo palmomentoniano» de Marinesco y Radorici*. Libro homenaje a Marañón. Editorial Paracelso. Larra, 6. Madrid, 1929, 1.019-1.021.
338. Ibidem.
339. SANCHÍS BANÚS. *Dos casos de accidentes mortales después de la punción lumbar en enfermos sin tumor cerebral (discusión patogénica)*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, n.º 8, 217-220, 1933.
340. SANCHÍS BANÚS. *Una nueva reacción para el estudio de las alteraciones patológicas del L. C. R.* Archivos de Neurobiología. T. II, 44-55, 1921.
341. SANCHÍS BANÚS. *Sobre las encefalomiELITIS agudas diseminadas*. (Con motivo de un caso de neuróptico-mielitis aguda). Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, 13, 241-250, 1932.
342. SANCHÍS BANÚS. *Sobre las encefalomiELITIS agudas diseminadas*. (Con motivo de un caso de neuróptico-mielitis aguda). Archivos de Neurobiología. T. XII, 2, 145-166, 1932.
343. SANCHÍS BANÚS. *La encefalitis letárgica*. En el libro Manual de Medicina Interna de Hernando y Marañón. Tomo III, 1.173. Madrid, 1920.
344. SANCHÍS BANÚS. *Progresos recientes en la Neurología*. En el libro Innovaciones recientes en Medicina. Edit. Morata, 442-458. Madrid, 1931.
345. SANCHÍS BANÚS. *Etiología y patogenia de la epilepsia*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXII, 11, 269-275, 1930.
346. SANCHÍS BANÚS. *Epilepsia climatérica*. Archivos de Neurobiología. T. I, 274-289, 1920.
347. Ibidem.
348. SANCHÍS BANÚS. *Contribución al estudio del corea crónico hereditario de Huntington*. Los Progresos de la Clínica. T. XXV, 134, 1923.
349. SANCHÍS BANÚS. *Síndromes de la obstrucción de las arterias cerebrales*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXII, 1, 24-27, 1930.
350. Ibidem, pág. 25.
351. SANCHÍS BANÚS, ALBERCA LORENTE Y ALDAMA TRUCHUELO. *Sobre los síndromes de la triquinosis humana*. (Réplica a las observaciones de Lafora). Gaceta Médica Española. II, 18, 276-278, 1928.
352. SANCHÍS BANÚS, ALBERCA Y ALDAMA. *La forma pseudomiasténica de la triquinosis*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXX, 1927.
353. SANCHÍS BANÚS. *Impresiones de un viaje científico a París*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. VIII, 7, 306-318, 1922.
354. Ibidem, pág. 306.
355. Ibidem, pág. 309.
356. GARCÍA DEL REAL. *El doctor don Enrique Fernández Sanz, profesor auxiliar de la cátedra de Historia Crítica de la Medicina*. Trabajos de la cátedra de Historia Crítica de la Medicina. T. I, 587-589, 1933. (Imprenta y encuadernación de los sobrinos de la sucesora de M. Minuesa de los Ríos). Miguel Servet, 15. Madrid, 1933.
357. Ibidem.
358. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. 2.ª parte. Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 4, 400-418, 1961.

359. GARCÍA DEL REAL. *El doctor don Enrique Fernández Sanz, profesor auxiliar de la Cátedra de Historia Crítica de la Medicina*. Trabajos de la cátedra de Historia Crítica de la Medicina. T. I, 587-589, 1933. (Imprenta y encuadernación de los sobrinos de la sucesora de M. Minuesa de los Ríos). Miguel Servet, 15. Madrid, 1933.
360. Ibídem.
361. FERNÁNDEZ SANZ, E. *La llamada encefalitis letárgica*. Monografía. Madrid, 1920. El Siglo Médico. 3, 494, 1920.
362. FERNÁNDEZ SANZ, E. *El pronóstico remoto de la encefalitis epidémica (letárgica)*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. VI, 6, 282-289, 1922.
363. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Un caso de poliomiелitis anterior aguda del adulto*. La Medicina Ibero. 22, 1, 178, 1928.
364. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Un caso de meningitis tratada con suero antiestreptocócico*. Los Progresos de la Clínica. II, 1913.
365. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Un caso de meningo-radculitis cervico-dorsal*. Revista Clínica de Madrid. T. VII, 54-60, 1912.
366. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Un caso de neuritis por el fosfato de creosota*. Revista Clínica de Madrid. T. V, 386-390, 1911.
367. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Neuritis por el fosfato de creosota y neuritis tuberculosa*. El Siglo Médico. 2.852, 498, 1908.
368. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Parálisis del motor ocular común por sífilis cerebral*. Revista Clínica de Madrid. IV, 3, 99-103, 1910.
369. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Tabes dorsal y herpes zoster*. Archivos Esp. de Neurol. Psiquiat. y Fisioterapia. II, 2, 1911.
370. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Parálisis del motor ocular común por sífilis cerebral*. Revista Clínica de Madrid. IV, 3, 99-103, 1910.
371. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Sobre las psicosis histéricas*. Revista Clínica de Madrid. VIII, 375-381, 1912.
372. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Concepto y diagnóstico de la histero-epilepsia*. Revista Clínica de Madrid. VII, 463-468, 1912.
373. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Contribución clínica a la terapéutica de la epilepsia idiopática*. Los Progresos de la Clínica. IV, 257-269, 1914.
374. FERNÁNDEZ SANZ, E. *El signo de Babinski en el reumatismo crónico deformante*. Revista Clínica de Madrid. VI, 14, 91-96, 1911.
375. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Tratamiento de la corea*. Los Progresos de la Clínica. IV, 1914.
376. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Corea crónica en adultos*. Los Progresos de la Clínica. IV, 1914.
377. FERNÁNDEZ SANZ Y MESONERO ROMANOS. *Diagnóstico topográfico de las enfermedades de la médula*. Editorial Saturnino Calleja, S. A. Madrid, 1919, 110 págs.
378. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Esclerosis cerebro-espinal múltiple de forma amiotrófica*. Revista Clínica de Madrid. I, 6, 251-256, 1910.
379. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Contribución a la historia del latirismo en España*. Los Progresos de la Clínica. X, 66-80, 1917.
380. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Un caso de síndrome tálamo-capsular*. Revista Clínica de Madrid. V, 131-137, 1911.
381. FERNÁNDEZ SANZ, E. *Pseudo parálisis general alcohólica*. Revista Clínica de Madrid. I, V, 161-167, 1910.
382. FERNÁNDEZ SANZ, E. *La instalación de departamentos neuropsiquiátricos en los Hospitales Generales*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. N.º 8, 237-239, 1933.
383. Ibídem.
384. RAÚL DE MONTAUD. *Meningitis*. Editorial Labor. Colección: monografías médicas Labor. 126 págs. Barcelona, 1930.

385. Ibídem, pág. 16.
386. Ibídem, pág. 17.
387. Ibídem, pág. 30.
388. RAÚL DE MONTAUD. *Hipertensión intracraneal por meningitis serosa*. La Medicina Ibero. T. XVII, n.º 276, 148-153, 1923.
389. RAÚL DE MONTAUD. *Síndrome de tumor cerebral por poliesclerosis*. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica. Año XX, T. XX, 555-559, 1933.
390. RAÚL DE MONTAUD. *Síndrome de hipertensión intracraneal en la poliesclerosis*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, 25, 727, 1933.
391. RAÚL DE MONTAUD. *Síndrome de tumor cerebral por poliesclerosis*. Anales de la Academia Médico Quirúrgica. Año XX, T. XX, 555-559, 1933.
392. RAÚL DE MONTAUD. *Un caso de agenesia cerebelosa*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 396, 1936.
393. RAÚL DE MONTAUD. *Un caso de agenesia cerebelosa*. El Siglo Médico. T. XCVII, 4.301, 519. Sección profesional, 1936.
394. ESCUDERO VELARDE, J. *Ha muerto el coronel médico doctor don A. Vallejo Nájera*. Archivos de Neurobiología. XXIII, 1, 74-76, 1960.
395. LAFORA, G. R. *Nuestros recuerdos personales del doctor A. Vallejo Nájera*. Archivos de Neurobiología. T. XXIII, 1, 77, 1960.
396. PELAZ, E. *El profesor doctor don Antonio Vallejo Nájera*. Archivos de Neurobiología. T. XXIII, 1, 73, 1960.
397. LAFORA, G. R. *Nuestros recuerdos personales del doctor A. Vallejo Nájera*. Archivos de Neurobiología. T. XXIII, 1, 79, 1960.
398. VALENCIANO GAYA, L. *Para un estudio de la personalidad del doctor Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, 159-166, pág. 163, 1972.
399. VALLEJO NÁJERA, A. *Preservación, diagnóstico y tratamiento de la parálisis infantil*. El Siglo Médico. T. 92, n.º 4.164, 354-359, 1933.
400. VALLEJO NÁJERA, A. *El aborto terapéutico en Neuropsiquiatría*. El Siglo Médico. T. 91, n.º 4.126, 5-10, 1933.
401. VALLEJO NÁJERA, SÁIZ DE LOS TERREROS Y LACALLE. *Temblo cerebral agudo*. El Siglo Médico. (Sección profesional). T. 95, n.º 4.279, 671, 1935.
402. VALLEJO NÁJERA, SÁINZ DE LOS TERREROS Y LACALLE. *Temblo cerebral agudo*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 39, n.º 3, 102, 1936.
403. VALLEJO NÁJERA, A. *Sobre las indicaciones quirúrgicas en la epilepsia traumática*. Medicina Ibero. 1929.
404. VALLEJO NÁJERA, A. *Consideraciones sobre una blefaroptosis adquirida*. Medicina Ibero. N.º 583, 1929.
405. GERMAIN CEBRIÁN. *El hombre y el amigo*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, n.º 4, 468.
406. LAFORA, G. R. *Recuerdos y añoranzas sobre el doctor Miguel Prados Such*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, n.º 4, 473-474, 1969.
407. GERMAIN CEBRIÁN. *El hombre y el amigo*. Archivos de Neurobiología. T. XX-XII, n.º 4, 445-451, 1969.
408. Ibídem, pág. 446.
409. Ibídem.
410. OBRADOR, S. *Epoca neuropatológica de Prados*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, n.º 4, 465-468, 1969, pág. 467.
411. GERMAIN CEBRIÁN. *El hombre y el amigo*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, n.º 4, 445-451, 1969, pág. 445.
412. Ibídem., págs. 450 y 451.
413. LLAVERO AVILÉS, F. *Introducción*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, n.º 4, págs. 443 y 444, 1969.
414. OBRADOR, S. *Epoca neuropatológica de Prados*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, n.º 4, pág. 466, 1969.

415. VALENCIANO GAYA, L. *Los trabajos psiquiátricos de Miguel Prados Such*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, n.º 4, págs. 456, 1969.
416. OBRADOR, S. *Epoca neuropatológica de Prados*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, n.º 4, págs. 466 y 467, 1969.
417. PRADOS SUCH. *Las epilepsias*. Revue Neurologique. T. LXIV, 4, 478, 1935.
418. PRADOS SUCH. *Alteraciones cerebrales en los animales suprarrenalectomizados*. Revue Neurologique. T. LXIV, 4, 589, 1935.
419. PRADOS SUCH, M. y OBRADOR ALCALDE, S. *Estudios sobre epilepsia*. Archivos de Neurobiología. T. XIV, n.º 1, 1-8, 1934.
420. PRADOS SUCH, M. *El dolor de cabeza*. (Biblioteca de Vulgarización médica). Editorial Cénit. Madrid, 1934.
421. OBRADOR, S. *Algunas observaciones experimentales sobre las propiedades toxi-convulsivantes del extracto de cerebro*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. IV, 218-222, 1933.
422. OBRADOR, S. y KUTZ, A. *Modificaciones humorales sanguíneas en las crisis convulsivas experimentales provocadas por inyección de extracto cerebral*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. IV, 231-234, 1933.
423. OBRADOR, S. y KUTZ, A. *Modificaciones humorales sanguíneas en las crisis convulsivas experimentales provocadas por la inyección de extracto cerebral*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVII, 17, 456-458, 1934.
424. OBRADOR, S. *Las epilepsias*. (Discusión). Revue Neurologique. T. LXIV, n.º 4, 478, 1935.
425. OBRADOR, S. y ODORIZ, J. B. *Acción de los potenciales en el simpático lumbar del gato*. Revue Neurologique. T. LXIV, n.º 4, 569, 1935.
426. OBRADOR, S. y PELAZ, E. *Estudio humoral de tres pares de gemelos univitelinos, uno de ellos con epilepsia*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. IV, 187-194, 1933.
427. JUSTO GONZALO. *Los factores endógenos en la corea de Sydenham*. Archivos de Neurobiología. T. XIII, núms. 4, 5, 6, págs. 903-917, 1933.
428. JUSTO GONZALO. *Sobre la localización y fisiopatología del tálamo y del subtálamo*. (Llanto espástico, trastornos motores y posturales e hiperpatía). Archivos de Neurobiología. T. XV, 4, 625-668, 1935.
429. LAFORA, G. R. *Reflexiones de un viejo especialista sobre la Neurología en el primer tercio del siglo XX*. Archivos de Neurobiología. T. XXXII, 1, 7-21, 1969.
430. GAYARRE. *Un caso de corea de Huntington*. Revista Clínica de Madrid. T. I, 137-141, 1910.
431. MEANA NEGRETE, F. *El síndrome parkinsoniano postencefalítico*. Tesis doctoral. Publicada en Los Progresos de la Clínica. Marzo, abril y mayo, 1925, pág. 70.
432. VILLAYERDE, J. M. DE. *La epilepsia*. Editorial El Siglo Médico. Monografías, 25 junio, 1930, 184 págs., págs. 175-176. Madrid.
433. JUARROS, C. *El reflejo de Babinski y el reflejo hipotenar*. Gaceta Médica Española. V, 54, 304, 1931.
434. HUERTAS. *Algunas consideraciones a propósito de los síntomas y de la patogenia de la narcolepsia*. Gaceta Médica Española. VI, 65, 279, 1932.
435. VARELA DE SEIJAS, E. *Movimientos involuntarios postencefalíticos*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, 144, 1931.
436. VARELA DE SEIJAS, E. *Diencefalosis y enfermedad mental. caso clínico*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, 44, 880-883, 1932.
437. VARELA DE SEIJAS, E. *Diencefalosis. glucemia y embarazo*. Anales del Hospital de San José y Santa Adela. Vol. III, fasc. 2, 267-273, 1931-32 (publicado en 1932).
438. VARELA DE SEIJAS, F. *Contribución al estudio de las malformaciones vertebrales*. Anales del Hospital de San José y Santa Adela. 305-310, 1932.
439. *Ibidem*.

440. Ibídem.
441. VARELA DE SEIJAS, E. *Síndromes extrapiramidales postencefalíticos*. Gaceta Médica Española. VI, 68, 477, 1932.
442. VARELA DE SEIJAS, E. *Seudósíndrome talámico*. Gaceta Médica Española. VI, 68, 477, 1932.
443. PORTILLO, R. DEL. *El síndrome «apático» de Allers*. El Siglo Médico. T. 96, n.º 4.261, 186-189, 1935.
444. PORTILLO, R. DEL. *Un caso de narcolepsia esencial*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIX, 1, 34, 1936.
445. SACRISTÁN, J. M. *Ataques epilépticos en la esquizofrenia*. Archivos de Neurobiología. T. I, 17-22, 1920.
446. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Una evocación oportuna*. Archivos de Neurobiología. T. XXIX, n.º 3, 261-267, 1966.
447. RUBIANO Y HERRERA, S. *El problema clínico de la encefalitis epidémica*. Estudios Médicos. 1-51, marzo, 1928.
448. GERMAIN, J. *Sobre la conmoción cerebral*. Los Progresos de la Clínica. T. XXX-VII, 1929.
449. ABAUNZA, A. *La inflamación y el sistema nervioso*. Los Progresos de la Clínica. 40, 279-289, 1932.
450. ESCARDO, E. *Tumor del lóbulo temporal*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 36, 12, 352-354, 1933.
451. ESCARDO, E. y TROYANO, R. *Contribución al estudio de la reabsorción meníngea*. Archivos de Neurobiología. T. XIII, 4, 5, 6, 1933.
452. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Enseñanza de la Neurología*. Archivos de Neurobiología. T. XVIII, 2, pág. 760, 1955.
453. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Las bodas de oro de la Asociación de Neuropsiquiatras Barceloneses y el pensamiento neurológico «nuestro»*. Anales de Medicina. Sección Especialidades. (Separata Biblioteca Rodríguez Arias). 223-231.
454. GIMENO ALAVA, A. *La neurología vista por un neurólogo*. Archivos de Neurobiología. T. XXXI, n.º 3, pág. 248, 1968.
455. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (1.ª parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 2, 181-196, 1961.
456. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Reflexiones sobre la evolución de la neurología clínica en Cataluña*. Anales de Medicina y Cirugía. 259-263, 1971.
457. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (2.ª parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 4, 400-418, 1961.
458. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Las bodas de oro de la Asociación de Neuropsiquiatras barceloneses y el pensamiento neurológico «nuestro»*. Anales de Medicina. Sección Especialidades. (Separata Biblioteca Rodríguez Arias). 223-231.
459. Ibídem, pág. 227.
460. Ibídem, pág. 229.
461. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*. Actas del III Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. (Santiago de Compostela, 1952). Pág. 25. Industrias Gráficas de España. Madrid, 1952.
462. Ibídem.
463. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA. Archivos de Neurobiología. T. VI, 161, 1926.
464. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (2.ª parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 4, 400-418, 1961.
465. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. 163-176, 1968.
466. MARTÍ VILLALTA. *Estudio de la obra neurológica del doctor Luis Barraquer Roviralta*. Trabajo inédito. Barcelona, 1974.

467. BARRAQUER BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU VECIANA, J. M.^a; MARTÍ VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. XLVIII, 230, 301-324, 1972.
468. *Nota necrológica de L. Barraquer Ferré*. Revue Neurologique. T. 101, n.º 1, 43-44, 1959.
469. SIGWALD, J. *Discurso de apertura de la Reunión común de la Sociedad Española de Neurología y de la Société Française de Neurologie*. Barcelona, 22-3 septbre. 1967. Revue Neurologique. T. 1, 17, 4, 546, 1967.
470. BARRAQUER BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU VECIANA, J. M.^a; MARTÍ-VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. XLVIII, 230, pág. 304, 1972.
471. *Ibidem*, pág. 308.
472. *Ibidem*, pág. 306.
473. *Ibidem*, pág. 310.
474. BARRAQUER FERRÉ, L. *Origen y evolución de algunos temas de neurología*. Ed. Durán. Calabria, 89. Barcelona, 1951, 48 págs., pág. 127.
475. RUIZ-LARA, R. *Bosquejo biográfico del profesor Luis Barraquer Ferré*. Archivos de Neuro-psiquiatría. Vol. X, 2, pág. 127, 1952.
476. *Ibidem*, pág. 130.
477. BARRAQUER FERRÉ, L. *Origen y evolución de algunos temas de neurología*. Ed. Durán. Calabria, 89. Barcelona, 1951, 48 págs.
478. PEDRO PONS, A. *Discurso de contestación al académico L. Barraquer Ferré*. Ed. Durán. Calabria, 89. Barcelona, 1951, 48 págs.
479. RUIZ LARA, R. *Bosquejo biográfico del profesor Luis Barraquer Ferré*. Archivos de Neuro-psiquiatría. Vol. X, 2, pág. 132, 1952.
480. BARRAQUER BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU-VECIANA, J. M.^a; MARTÍ-VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. T. XLVIII, 230, págs. 322 y 323, 1972.
481. BARRAQUER FERRÉ, L. *Elementos de Neuropatología*. Publicación del Instituto de la mujer que trabaja. Barcelona, 1923, 126 págs.
482. BARRAQUER BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU-VECIANA, J. M.^a; MARTÍ-VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. XLVIII, 230, pág. 309, 1972.
483. BARRAQUER FERRÉ, L. *Tumores del sistema nervioso*. Monografías Mediques. N.º 59, 43 págs. 22 x 15 cm. Barcelona, 1932.
484. BARRAQUER FERRÉ, L. *Estudios de Neurología Clínica*. Publicaciones Médicas. José Janés, editor. Barcelona, 1952.
485. BARRAQUER FERRÉ, L., GISPERT CRUZ, I. y CASTAÑER VENDRELL. *Tratado de enfermedades nerviosas*. 2 tomos. Edit. Salvat. Barcelona, 1936.
486. BARCIA GOYANES, J. J. *La Neurología en España*. Archivos de Neurobiología. T. XVIII, n.º 4, pág. 1.063, 1955.
487. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Nota Necrológica*. (Barraquer Ferré). Archivos de Neurobiología. T. XXII, 3, 293-295, 1959.
488. BARRAQUER-BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU-VECIANA, J. M.^a; MARTÍ-VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. T. XLVIII, 230, pág. 313, 1972.
489. BARRAQUER FERRÉ, L. *Über Lipodystrophia Cephalothoracica*. Zentralblatt für Die Gesamte Neurologie und Psychiatrie. 60 Band, 264, 1931.
490. BARRAQUER FERRÉ, L. *Lipodystrophie progressive (Syndrome de Barraquer-Simons)*. La Presse Méd. 86, 1672-1674, 1935.
491. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre la lipodistrofia cefalotorácica. (Síndrome de Barraquer-Simons)*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Año IV, 24, 355-356, 1930.

492. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre la lipodistrofia cefalotorácica. (Síndrome de Barraquer-Simons)*. Archivos del Instituto de Medicina Práctica. T. VIII, 2, 104, 1931.
493. BARRAQUER FERRÉ, I DE GISPERT y CORACHAN LLORT, M. *Contribució a l'estudi dels tumors del cos callos*. La Medicina Catalana. 3, 307-318, 1936.
494. BARRAQUER FERRÉ, L. y CORACHAN LLORT, M. *Sobre un caso de meningioma del ángulo pontocerebeloso*. Archivos de Neurobiología. XV, 5, 683-687, 1935.
495. BARRAQUER ROVIRALTA, L. y BARRAQUER FERRÉ, L. *Lesiones de compresión encefálica*. Recogido en el libro Estudios de Neurología Clínica. 44.
496. BARRAQUER FERRÉ, L. *Experiencias de cirugía craneal decompresora*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. V, 29, 267-270, 1931.
497. BARRAQUER FERRÉ, L. *Otras experiencias de cirugía craneal decompresora*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. VI, 32, 123-124, 1932.
498. BARRAQUER FERRÉ, L. *Die Syringomyelie, eine familiäre und hereditäre Krankheit (13 Fälle in 2 Generationen derselben Familie)*. Deutsche Zeits fur Nervenheil-Kunde. 141, 3, 146-157, 1936.
499. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre la sintomatología medular compresiva*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. VI, 31, 17-18, 1932.
500. BARRAQUER FERRÉ, L. y CORACHAN LLORT. *Sobre un caso de tumor medular. Valor de síntomas radiculares*. Acta Médica Ibero-Americana. 185-187, 1935.
501. BARRAQUER FERRÉ, L. *Lesiones traumáticas de la médula*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Año II, 8, 132-135, 1928.
502. BARRAQUER FERRÉ, L. *Lesiones traumáticas de la médula y de los nervios periféricos*. Oliva de Vilanova, impresor. Barcelona, 1928.
503. BARRAQUER FERRÉ, L. *Algias paravertebrales*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. IX, 51, 287-296, 1935.
504. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre el diagnóstico de la amiotrofia de Charcot-Marie en la infancia*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. V, 28, 209-210, 1931.
505. BARRAQUER FERRÉ, L. *Contribución al estudio de las atrofas musculares*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. III, 24, 95-100, 1929.
506. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre una forma de amiotrofia de distribución particular*. Ars Médica. X, 110, 1934.
507. BARRAQUER FERRÉ, L. *Neuraxitis primitivas*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. VI, 36, 297-299, 1932.
508. BARRAQUER FERRÉ, L. *Epidemia actual y formas frecuentes de neuraxitis primitivas*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. VII, 43, 399-400, 1933.
509. BARRAQUER FERRÉ, L. y AMAT BERGUES, M. *Sueroterapia de la poliomyelitis anterior aguda*. Recogido en estudios de Neurología Clínica. 221, págs. 271-277. Leído o publicado en 1936.
510. BARRAQUER FERRÉ, L. *Consideraciones sobre la fisioterapia de la parálisis infantil*. Ars Médica. Marzo, 1926.
511. BARRAQUER FERRÉ, L. *Contribución al estudio y tratamiento de la parálisis infantil*. Revista Médica de Barcelona. Nov., 1929.
512. BARRAQUER FERRÉ, L. *Complicaciones nerviosas de la fiebre de Malta*. Práctica Médica. Agosto, 1934. Recogido en Estudios de Neurología Clínica. 221, págs. 279-282.
513. BARRAQUER FERRÉ, L. *Estudios de Neurología Clínica*. Publicaciones Médicas. José Janés, editor. Barcelona, 1952.
514. BARRAQUER FERRÉ, L. *Estudios experimentales sobre la fisiopatología de los lóbulos frontales*. Ars Médica. VIII, 83, 271-274, 1932.
515. BARRAQUER FERRÉ, L. *Etudes expérimentales sur les fonctions des lobes frontaux*. Revue Neurologique. 1, 4, 485-487, 1933.

467. BARRAQUER BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU VECIANA, J. M.^a; MARTÍ VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. XLVIII, 230, 301-324, 1972.
468. Nota necrológica de L. Barraquer Ferré. Revue Neurologique. T. 101, n.º 1, 43-44, 1959.
469. SIGWALD, J. *Discurso de apertura de la Reunión común de la Sociedad Española de Neurología y de la Société Française de Neurologie*. Barcelona, 22-3 septbre. 1967. Revue Neurologique. T. 1, 17, 4, 546, 1967.
470. BARRAQUER BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU VECIANA, J. M.^a; MARTÍ-VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. XLVIII, 230, pág. 304, 1972.
471. Ibidem, pág. 308.
472. Ibidem, pág. 306.
473. Ibidem., pág. 310.
474. BARRAQUER FERRÉ, L. *Origen y evolución de algunos temas de neurología*. Ed. Durán. Calabria, 89. Barcelona, 1951, 48 págs., pág. 127.
475. RUIZ-LARA, R. *Bosquejo biográfico del profesor Luis Barraquer Ferré*. Archivos de Neuro-psiquiatría. Vol. X, 2, pág. 127, 1952.
476. Ibidem., pág. 130.
477. BARRAQUER FERRÉ, L. *Origen y evolución de algunos temas de neurología*. Ed. Durán. Calabria, 89. Barcelona, 1951, 48 págs.
478. PEDRO PONS, A. *Discurso de contestación al académico L. Barraquer Ferré*. Ed. Durán. Calabria, 89. Barcelona, 1951, 48 págs.
479. RUIZ LARA, R. *Bosquejo biográfico del profesor Luis Barraquer Ferré*. Archivos de Neuro-psiquiatría. Vol. X, 2, pág. 132, 1952.
480. BARRAQUER BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU-VECIANA, J. M.^a; MARTÍ-VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. T. XLVIII, 230, págs. 322 y 323, 1972.
481. BARRAQUER FERRÉ, L. *Elementos de Neuropatología*. Publicación del Instituto de la mujer que trabaja. Barcelona, 1923, 126 págs.
482. BARRAQUER BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU-VECIANA, J. M.^a; MARTÍ-VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. XLVIII, 230, pág. 309, 1972.
483. BARRAQUER FERRÉ, L. *Tumores del sistema nervioso*. Monografies Mediques. N.º 59, 43 págs. 22 x 15 cm. Barcelona, 1932.
484. BARRAQUER FERRÉ, L. *Estudios de Neurología Clínica*. Publicaciones Médicas. José Janés, editor. Barcelona, 1952.
485. BARRAQUER FERRÉ, L., GISPERT CRUZ, I. y CASTAÑER VENDRELL. *Tratado de enfermedades nerviosas*. 2 tomos. Edit. Salvat. Barcelona, 1936.
486. BARCIA GOYANES, J. J. *La Neurología en España*. Archivos de Neurobiología. T. XVIII, n.º 4, pág. 1.063, 1955.
487. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Nota Necrológica*. (Barraquer Ferré). Archivos de Neurobiología. T. XXII, 3, 293-295, 1959.
488. BARRAQUER-BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU-VECIANA, J. M.^a; MARTÍ-VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. T. XLVIII, 230, pág. 313, 1972.
489. BARRAQUER FERRÉ, L. *Über Lipodystrophia Cephalothoracica*. Zentralblatt für Die Gesamte Neurologie und Psychiatrie. 60 Band, 264, 1931.
490. BARRAQUER FERRÉ, L. *Lipodystrophie progressive (Syndrome de Barraquer-Simons)*. La Presse Méd. 86, 1672-1674, 1935.
491. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre la lipodistrofia cefalotorácica. (Síndrome de Barraquer-Simons)*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Año IV, 24, 355-356, 1930.

492. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre la lipodistrofia cefalotorácica. (Síndrome de Barraquer-Simons)*. Archivos del Instituto de Medicina Práctica. T. VIII, 2, 104, 1931.
493. BARRAQUER FERRÉ, I DE GISPERT y CORACHAN LLORT, M. *Contribució a l'estudi dels tumors del cos callos*. La Medicina Catalana. 3, 307-318, 1936.
494. BARRAQUER FERRÉ, L. y CORACHAN LLORT, M. *Sobre un caso de meningioma del ángulo pontocerebeloso*. Archivos de Neurobiología. XV, 5, 683-687, 1935.
495. BARRAQUER ROVIRALTA, L. y BARRAQUER FERRÉ, L. *Lesiones de compresión encefálica*. Recogido en el libro Estudios de Neurología Clínica. 44.
496. BARRAQUER FERRÉ, L. *Experiencias de cirugía craneal decompresora*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. V, 29, 267-270, 1931.
497. BARRAQUER FERRÉ, L. *Otras experiencias de cirugía craneal decompresora*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. VI, 32, 123-124, 1932.
498. BARRAQUER FERRÉ, L. *Die Syringomyelie, eine familiäre und hereditäre Krankheit (13 Fälle in 2 Generationen derselben Familie)*. Deutsche Zeits für Nervenheilkunde. 141, 3, 146-157, 1936.
499. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre la sintomatología medular compresiva*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. VI, 31, 17-18, 1932.
500. BARRAQUER FERRÉ, L. y CORACHAN LLORT. *Sobre un caso de tumor medular. Valor de síntomas radiculares*. Acta Médica Ibero-Americana. 185-187, 1935.
501. BARRAQUER FERRÉ, L. *Lesiones traumáticas de la médula*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Año II, 8, 132-135, 1928.
502. BARRAQUER FERRÉ, L. *Lesiones traumáticas de la médula y de los nervios periféricos*. Oliva de Vilanova, impresor. Barcelona, 1928.
503. BARRAQUER FERRÉ, L. *Algias paravertebrales*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. IX, 51, 287-296, 1935.
504. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre el diagnóstico de la amiotrofia de Charcot-Marie en la infancia*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. V, 28, 209-210, 1931.
505. BARRAQUER FERRÉ, L. *Contribución al estudio de las atrofas musculares*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. III, 24, 95-100, 1929.
506. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre una forma de amiotrofia de distribución particular*. Ars Médica. X, 110, 1934.
507. BARRAQUER FERRÉ, L. *Neuraxitis primitivas*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. VI, 36, 297-299, 1932.
508. BARRAQUER FERRÉ, L. *Epidemia actual y formas frecuentes de neuraxitis primitivas*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. VII, 43, 399-400, 1933.
509. BARRAQUER FERRÉ, L. y AMAT BERGUES, M. *Sueroterapia de la poliomyelitis anterior aguda*. Recogido en estudios de Neurología Clínica. 221, págs. 271-277. Leído o publicado en 1936.
510. BARRAQUER FERRÉ, L. *Consideraciones sobre la fisioterapia de la parálisis infantil*. Ars Médica. Marzo, 1926.
511. BARRAQUER FERRÉ, L. *Contribución al estudio y tratamiento de la parálisis infantil*. Revista Médica de Barcelona. Nov., 1929.
512. BARRAQUER FERRÉ, L. *Complicaciones nerviosas de la fiebre de Malta*. Práctica Médica. Agosto, 1934. Recogido en Estudios de Neurología Clínica. 221, págs. 279-282.
513. BARRAQUER FERRÉ, L. *Estudios de Neurología Clínica*. Publicaciones Médicas. José Janés, editor. Barcelona, 1952.
514. BARRAQUER FERRÉ, L. *Estudios experimentales sobre la fisiopatología de los lóbulos frontales*. Ars Médica. VIII, 83, 271-274, 1932.
515. BARRAQUER FERRÉ, L. *Etudes expérimentales sur les fonctions des lobes frontaux*. Revue Neurologique. 1, 4, 485-487, 1933.

516. BARRAQUER FERRÉ, L. *Contribution a l'étude de la physiopathologie des lobes frontaux*. Revue Neurologique. 72, 2, 1939.
517. BARRAQUER FERRÉ, L. *Contribución al estudio de la técnica de producción y semiología del reflejo plantar patológico*. Ars Médica. 392, nov., 1930. Recogido en Estudios de Neurología Clínica. Publicaciones Médicas. José Janés, editor. Barcelona, 1952, 3-6.
518. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sur la technique de production et valeur semiologique du réflexe plantaire*. Revue Neurologique. XXXVI, 1, 2, 174-182, 1930.
519. BARRAQUER FERRÉ, L. *Zur Technik der Auslösung und zur Bedeutung des pathologischen Plantarreflexes*. Zentralblatt für Die Gesamte Neurologie und Psychiatrie. 60 Band, 178, 1931.
520. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sur la technique de production et valeur semiologique du réflexe plantaire*. Revue Neurologique. XXXVI, 1, 2, 174-182, 1930.
521. BARRAQUER-BORDÁS, L.; PÉREZ SERRA, J.; GRAU-VECIANA, J. M.^a; MARTI-VILLALTA, J. L. *La vida y la obra científica de Luis Barraquer Ferré*. Anales de Medicina y Cirugía. XLVIII, 230, pág. 312, 301-324, 1972.
522. BARRAQUER FERRÉ, L. *Parkinsonismo encefalítico*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. 1933. Recogido en Estudios de Neurología Clínica. 221, págs. 663-667.
523. BARRAQUER FERRÉ, L. *Contribución al estudio de los síndromes mesoencefálicos*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. VI, 32, 109-112, 1932.
524. BARRAQUER FERRÉ, L. *Paraplejía espasmódica-atáxica familiar*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. V, 28, 209, 1931.
525. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre el diagnóstico y tratamiento precoces de la ataxia tabética aguda*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. IV, 20, 146-147, 1930.
526. BARRAQUER FERRÉ, L. *Trastornos urinarios de patogenia nerviosa*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. IV, 22, 264-266, 1930.
527. BARRAQUER FERRÉ, L. *Sobre el método epidural*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. III, XV, 172-173, 1929.
528. BARRAQUER FERRÉ, L. *Arterioblock*. Ars Médica. III, 21, 1927.
529. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía.
530. *Ibídem*.
531. *Ibídem*.
532. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Pequeña crónica, en glosa, de mi transitoria vinculación al Hospital Psiquiátrico de San Baudilio de Llobregat*. Archivos de Neurobiología. T. XXXIV, n.º 2, 161-168, 1971.
533. *Ibídem*.
534. *Ibídem*.
535. *Ibídem*.
536. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, pág. 420, 419-426, 1969.
537. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Las bodas de oro de la Asociación de Neuropsiquiatras barceloneses y el pensamiento neurológico «nuestro»*. Anales de Medicina. Sección Especialidades. (Separata Biblioteca Rodríguez Arias). 223-231.
538. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, 419-426, 1969.
539. *Ibídem*.
540. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Orígenes del movimiento prohigiene mental en España*. Nota histórica. Anales de Medicina y Cirugía. XLIX, 232, 113-118, 1973.

541. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. 163-176, 1968.
542. *Ibidem*.
543. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, 419-426, 1969.
544. *Ibidem*., págs. 421-422, 1969.
545. OBRADOR, S. *La lección de la vida de Lafora*. Archivos de Neurobiología. XXXV, 2, 173-176, 1972.
546. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, 423, 1969.
547. *Ibidem*.
548. RODRÍGUEZ ARIAS, B. (Acerca de). *Prólogo*. Revue Neurologique. T. 117, 4, 543.
549. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Estampa o aspectos de la Higiene y de la Profilaxia en Clínica neurológica*. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina de Barcelona. Folleto, 1956.
550. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (1.^a parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 2, pág. 184, 1961.
551. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. 163-176, 1968.
552. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, pág. 442, 1969.
553. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Enseñanza de la Neurología*. Archivos de Neurobiología. T. XVIII, 2, págs. 756, 757, 1955.
554. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, pág. 423, 1969.
555. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. Pág. 165, 1968.
556. *Ibidem*.
557. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (1.^a parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 2, 181-196, 1961.
558. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, 419-426, 1969.
559. *Ibidem*, pág. 424.
560. *Ibidem*, pág. 425.
561. *Ibidem*, pág. 426.
562. *Ibidem*, págs. 419-426.
563. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. Pág. 172, 1968.
564. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía.
565. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La Neurología del profesor Bartolomé Robert*. Archivos de Neurobiología. T. XXX, 3, 216-222, 1967.

566. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Las bodas de oro de la Asociación de Neuropsiquiatras barceloneses y el pensamiento neurológico «nstras»*. Anales de Medicina. Sección Especialidades. (Separata Biblioteca Rodríguez Arias). Pág. 223.
567. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía. Pág. 292.
568. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. Pág. 163, 1968.
569. *Ibidem.*
570. *Ibidem.*, pág. 164.
571. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, pág. 419, 1969.
572. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía. Pág. 292.
573. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Las bodas de oro de la Asociación de Neuropsiquiatras barceloneses y el pensamiento neurológico «nstras»*. Anales de Medicina. Sección Especialidades. (Separata Biblioteca Rodríguez Arias). Pág. 230.
574. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, pág. 420, 1969.
575. *Ibidem.*, pág. 419.
576. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques: étude historique, générale, pathogénique et thérapeutique*. Ponencia del «Congrès de médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française»: XX-XIII.^a Sesión. Barcelona, mai, 1929. Masson librerías. París.
577. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Nota sobre el 33 Congreso de Médicos alienistas y Neurologistas de Francia y países de lengua francesa*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Año III, n.º 13, 74, 1929.
578. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Sobre el diagnóstico precoz de la esclerosis en placas*. Revista Médica de Barcelona. T. 16, 149-152, 1931.
579. *Ibidem.*, pág. 151.
580. *Ibidem.*
581. *Ibidem.*
582. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Contribució a l'estudi del síndrome humoral de la esclerosi múltiple*. Comunicación del Sisé Congrès de Metges de llengua catalana. Barcelona, juny, 1930. Gaceta Médica Española. V, 51, 1930.
583. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Caso atípico de esclerosis en placas*. Annales Médico-psychologiques. Año 89, T. I, 538, 1931.
584. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Caso atípico de esclerosis en placas*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, n.º 27, 639, 1931.
585. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Importancia del síndrome humoral en la parálisis general*. Gaceta Médica Española. VI, 62, 170-171, 1931.
586. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y JUNCOSA, J. *Caso curioso de neurosífilis*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, 244, 1931.
587. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y CAPO, G. *Caso de goma cerebral curado con tratamiento específico*. Gaceta Médica Española. VI, 64, 233, 1932.
588. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La malarioterapia en la parálisis general. Resultados personales*. Revista Médica de Barcelona. N.º 61, 1929.
589. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Resultados no inmediatos de la malarioterapia en la parálisis general*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. I, 165-166, 1930.
590. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, pág. 421, 1969.

591. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Encéphalomyélite aiguë disséminée chez deux jumelles*. Annales Médico-psychologiques. 89^a année. T. II, 600, 1931.
592. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Encefalomyelitis aguda diseminada en dos gemelos*. Gaceta Médica Española. VI, 68, 492-493, 1932.
593. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Casos de encefalitis diseminada aguda familiar*. Revista Médica de Barcelona. 1932.
594. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Encefalitis familiar*. Gaceta Médica Española. T. VII, 75, 111-112, 1932.
595. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Reagudización de la encefalitis epidémica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 34, n.º 18, 418-419, 1931.
596. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Reagudització de l'encefalitis epidémica: segona nota*. Anals de Medicina. Any XXV, 635, 1931.
597. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Vaccination anti-variologique et encéphalomyélite aigue*. Annales Médico-psychologiques. 90^a année. T. I, 322, 1932.
598. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Vacunación antivariolosa y encefalomyelitis aguda*. Gaceta Médica Española. Año VII, n.º 73, 45, 1932.
599. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Sur la signification des alterations de la formule leucocytaire dans les processus encéphalomyélitiques primitifs*. Revue Neurologique. XXXIX, 1, 1.421, 1932.
600. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Estampa o aspectos de la Higiene y de la Profilaxia en Clínica neurológica*. Discurso de recepción en la Real Academia de Medicina de Barcelona. Folleto, 1956.
601. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *El problema profiláctico de la neurosífilis*. Libro homenaje a Marañón. Ed. Paracelso. Larra, 6. Madrid, 1929, 982-995.
602. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Enfermedades nerviosas y mortalidad infantil*. Gaceta Médica Española. V, 49, 40, 1930.
603. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *La pequeña crónica, en glosa, de un hospital barcelonés: Instituto Neurológico Municipal. I. Antecedentes*. Anales de Medicina y Cirugía. XLV, 216, 419-426, 1969.
604. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Orígenes del movimiento prohigiene mental en España. Nota histórica*. Anales de Medicina y Cirugía. XLIX, 232, 113-118, 1973.
605. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Un caso de tumor de la zona motriz cerebral*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, n.º 18, 417, 1931.
606. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Un caso de tumor de la zona motriz cerebral*. Gaceta Médica Española. VII, 76, 221-222, 1933.
607. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Caso de tumor de la zona sensitivo motriz*. T. XII, 237-238, 1932. Archivos de Neurobiología.
608. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Consideraciones sobre el diagnóstico de los tumores cerebrales*. Sesión de la Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona. 14-XII-1931. (Actas de la Sesión).
609. *Ibidem*.
610. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Caso clínico para diagnóstico*. Gaceta Médica Española. V, 53, 270, 1931.
611. RODRÍGUEZ ARIAS, B., PONS BALMES, J. y JUNCOSA ORGA, J. *Un caso de idiocia amaurotica familiar*. Gaceta Médica Española. V, 53, 269-270, 1931.
612. *Ibidem*.
613. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y JUNCOSA ORGA, J. *Heredoataxia cerebelosa*. Gaceta Médica Española. V, 51, 136, 1930.
614. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *El espasmo de torsión*. Anales de la Casa Salud Valdecilla. T. I, 123, 124, 1930.
615. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *El espasmo de torsión*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXII, 3, 77, 1930.
616. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y CAPO, G. *Un caso de espasmo de torsión*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 34, n.º 9, 203, 1931.

617. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Discinesias faciales (bucco-palpebrales) constituyendo el síntoma dominante de estados post-encefálicos*. Archivos uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. X, 1, 34, 1937.
618. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y CUATRECASAS, J. *Un caso de enfermedad de Barraquer*. Revista Médica de Barcelona. Año IV, T. VIII, n.º 44, 1927.
619. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Lipodistrofia cefalo-torácica progresiva de Barraquer*. Medicina Clínica. T. XV, 5, 296-307, 1950.
620. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y JUNCOSA, J. *Un caso de síndrome adiposogenital de origen tumoral*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, 29, 686, 1931.
621. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y JUNCOSA, J. *Un caso de polineuritis por beri-beri*. Gaceta Médica Española. Año VII, n.º 81, 536-537, 1933.
622. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y JUNCOSA, J. *Lipomas simétricos múltiples de las extremidades y signos polineuríticos que simulan una enfermedad de Recklinghausen*. Gaceta Médica Española. Año VII, 81, 537, 1933.
623. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Nota sobre la técnica de las inyecciones intrarraquídeas por el procedimiento de la gravetat*. Treballs de la Societat de Biologia. Any sisé, 152-156, 1918.
624. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Nota sobre la reacció de Boreri*. Treballs de la Societat de Biologia. Any sisé. 145-151, 1918.
625. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Nota sobre la técnica de la reacció de Lange*. Treballs de la Societat de Biologia. Any sisé. 33-42, 1918.
626. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y JUNCOSA, J. *Nota sobre los efectos terapéuticos de la banisterina en los parkinsonianos*. Gaceta Médica Española. V, 51, 136, 1930.
627. RODRÍGUEZ ARIAS, B. y JUNCOSA-ORGA, J. *Crisis gástricas tabéticas; inutilidad del tratamiento*. Gaceta Médica Española. VII, 75, 182-183, 1932.
628. RODRÍGUEZ ARIAS, B., TOLOSA, E. y CORACHAN-LLORT, M. *Contribution a l'etude de la thérapeutique chirurgicale de l'épilepsie*. Revue Neurologique. T. 64, n.º 4, 500-501, 1935.
629. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Nota informativa*. Gaceta Médica Española. Año III, n.º 28. Sección paramédica, 120, 1929.
630. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. 163-176, 1968.
631. SUBIRANA, A. *El síndrome vestibulo-espinal de Barré o síndrome de desequilibrio puro*. Publicaciones Ars Médica. Barcelona, junio, 1932, 83 págs., 188 citas.
632. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *En torno del progreso de la especialidad neurológica en Cataluña*. Anales de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña y Baleares. Pág. 170, 1968.
633. *Ibidem*.
634. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (1.ª parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 2, 181-196, 1961.
635. SUBIRANA, A. *Sur un nouveau cas de syndrome vestibulo spinal*. Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie. N.º 9, pág. 6, 1930.
636. SUBIRANA, A. *El síndrome vestibulo-espinal de Barré o síndrome de desequilibrio puro*. Publicaciones Ars Médica. Barcelona, junio, 1932, 83 págs., 188 citas.
637. *Ibidem*.
638. SUBIRANA, A. *Sur un nouveau cas de syndrome vestibulo-spinal*. Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie. N.º 9, 1930.
639. SUBIRANA, A. *Caracteristiques positives et differentielles des troubles de la marche dans le syndrome vestibulo-espinal*. La Presse Medicale. 64, 1.082, 1930.
640. SUBIRANA, A. *Etudes des troubles de la marche dans le syndrome vestibulo-spinal*. L'Encephale. T. XXVI, n.º 8, 615-631, 1931.

641. SUBIRANA, A. *Sobre dos casos de síndrome vestibulo-espinal de Barré*. Archivos de Neurobiología. T. XII, n.º 2, 197.
642. SUBIRANA, A. *La sintomatología y el diagnóstico del síndrome vestibuloespinal*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, 725, 1931.
643. SUBIRANA, A. *Síndromes astásico-abásico y vertiginoso transitorios en un tuberculoso pulmonar. Nistagmus giratorio antiborario persistente. Consideraciones etio-patogénicas*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, 29, 688, 1931.
644. SUBIRANA, A. y ESCARDO, J. M. *Ejemplo de comienzo vestibular de la esclerosis en placas*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 752, 1931.
645. SUBIRANA, A. *Síndrome de la hendidura esfenoidal en un sífilítico. Resultado del tratamiento. Las paradojas humorales en las sífilis cerebrales*. Gaceta Médica Española. VII, 73, 45, 1932.
646. SUBIRANA, A. *Las asociaciones paralíticas unilaterales de los nervios craneales, sin trastornos sensitivos o motores de las extremidades. Su importancia clínica*. Ars Médica. Enero, 1936. Separata, págs. 1-19.
647. SUBIRANA, A. *Enorme angiome congénital de la face et crises épileptiques chez une fillette âgée de dix ans*. Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie. 773, 1936.
648. SUBIRANA, A. y CARULLA, V. *Un cas de syndrome neuro-cutané avec angiome de la face. Regression presque totale des troubles à la suite du traitement par le radium*. Revue Neurologique. N.º 6, junio, 1933. (Separata, 1-5).
649. SUBIRANA, A. *Los síndromes vasculares neurocutáneos. Contribución al estudio de la variedad encefalotrigeminal. Nervus cutáneos y manifestaciones epilépticas*. Archivos de Neurobiología. T. XIII, núms. 4-5-6, 1.099-1.115, 1933.
650. SUBIRANA, A. *Los tumores angiomasos cerebrales. Presentación y discusión de un caso personal*. Gaceta Médica Española. VII, 74, 112-113, 1932.
651. SUBIRANA, A. *Sur un nouveau cas de syndrome vestibulo-spinal*. Revue d'Oto-neuro-ophtalmologie. N.º 9, 1930.
652. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Las bodas de oro de la Asociación de Neuropsiquiatras barceloneses y el pensamiento neurológico «nuestro»*. Anales de Medicina. Sección Especialidades. (Separata Biblioteca Rodríguez Arias). Pág. 226.
653. GÁLCEAN GRANES, A. *Neuropatología y Psiquiatría generales*. Barcelona, 1895. Citado por Peraza de Ayala, Trino, 26 págs. 141 y 142.
654. PERAZA DE AYALA, T. *La Psiquiatría española en el siglo XIX*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid. MCMXLVII. Colección de Monografías de Historia de la Medicina. 160 págs.
655. ALZINA I MELIS, J. *Nota sobre'l metabolisme nutritiu en dos casos de corea familiar*. Treballs de la Societat de Biologia. Año 1, 49-52, 1913.
656. ALZINA I MELIS, J. *El reflexe oculo-cardíac en psiquiatria i neuropatologia*. Treballs de la Societat de Biologia. Año 6, 296-297, 1918.
657. JORRO AZCUNE, A. *La degeneració de les fibres ascendents i descendents de la medul·la espinal després de l'arrencament del nervi ciàtic. (Nou procediment d'investigació)*. Treballs de la Societat de Biologia. Any seté. 223-240, 1919.
658. ESTAPE, F. DE A. *A propósito de un caso de distrofia muscular progresiva. Orientaciones recientes acerca de su patogenia*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. XI, 8, 115-119, 1928.
659. ESTAPE, F. DE A. *Parálisis facial periférica. Diagnóstico diferencial*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. III, 13, 15-18, 1929.
660. TOLOSA COLOMER, E. *Sobre la abolición de la fase del nistagmus provocado. Consideraciones sobre la fisiopatogenia del nistagmus*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 34, 13, 297-298, 1931.
661. TOLOSA COLOMER, E. *Manifestaciones aquinéticas e inhibitorias en el curso del ataque epiléptico*. Gaceta Médica Española. T. VII, 75, 111, 1932.

662. TOLOSA COLOMER, E. *Sobre el vómito cerebral*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVII, 3, 84, 1934.
663. TOLOSA COLOMER, E. *Sobre los trastornos seudocerebelosos de origen cerebral. Valor diagnóstico de la prueba de Hoff*. Gaceta Médica Española. V, 50, 90, 1930.
664. TOLOSA COLOMER, E. *Sobre un caso de polirradiculoneuritis. Discusión del papel etiológico del alcoholismo y de la sífilis*. Gaceta Médica Española. VI, 65, 295-296, 1932.
665. TOLOSA COLOMER, E. *Forma pseudo-tabética de la esclerosis en placas*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 34, 317, 1931.
666. TOLOSA COLOMER, E. *Disbasia lórdica postencefalítica. Consideraciones sobre la patogenia de las distonias de actitud*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 34, n.º 13, 297, 1931.
667. SIMARRO, J. *Un caso de neuraxitis epidémica de forma periférica*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. II, 10, 294-297, 1928.
668. SIMARRO, J. *Las psicosis agudas encefalíticas*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. IV, 24, 357-360, 1930.
669. SIMARRO, J. *Consideraciones sobre un caso de meningitis purulenta de neumococos y su tratamiento. Influencia de las meningitis en la patogenia de las aracnoiditis adhesivas*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. VI, 32, 113-120, 1932.
670. SIMARRO, J. *Sobre la encefalomiелitis eberthiana*. Gaceta Médica Española. T. VII, 77, 318, 1933.
671. SIMARRO, J. *Un caso de siringomiелia luética. Consideraciones sobre los trastornos vasculares de la siringomiелia y su tratamiento*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. III, 17, 265-269, 1929.
672. SIMARRO, J. y LORENZO, T. *Epilepsia de un enfermo anteriormente asmático. Tratamiento por simpaticotomía pericarotídea bilateral. Cesación de los ataques epilépticos mantenida seis meses después*. Gaceta Médica Española. T. VII, 82, 1933.
673. SIMARRO, J., CORACHÁN GRACIA, M. y CORACHÁN-LLORT, M. *El tratamiento de la epilepsia llamada esencial por las intervenciones sobre el sistema nervioso vegetativo vascular*. Revista Catalana de Psiquiatria i de Neurología. V. I, 1, n.º 1, 64-75.
674. SARRO, R. *Parálisis bilateral del posticus y manos de Aran Duchenne en un tuberculoso pulmonar*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 34, n.º 29, 687, 1931.
675. SARRO Y SORIANO. *Valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico de la encefalografía en un caso de meningitis infecciosa*. Archivos Médicos, de Cirugía y Especialidades. T. 34, n.º 18, 417-418, 1931.
676. GISPERT I. DE. *Tabes. Formes atípiques i formes oligosimptomàtiques*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. IX, n.º 53, 478-485, 1935.
677. BARRAQUER FERRÉ, L., GISPERT CRUZ, I. y CASTAÑER VENDRELL. *Tratado de enfermedades nerviosas*. 2 tomos. Editorial Salvat. Barcelona, 1936.
678. ESCRIU ARRART, P. *El líquid cefalo-raquídi*. (Tècniques d'obtenció i generalitats semeiològiques). Monografies mèdiques. Any V, n.º 36, 3-63, 1930.
679. ESCRIU ARRART, P. *El líquid cefalo-raquídi*. (Semeiologia). Monografies Mèdiques. Any V, n.º 38, 3-63, 1930.
680. MAZA, P. *Paquimeningitis luética con síntomas seudotumorales*. Gaceta Médica Española. T. VII, 75, 182, 1932.
681. MAZA, P. *Cefalalgia intensa por osteitis sífilítica del cráneo*. Gaceta Médica Española. T. VI, n.º 68, 493, 1932.
682. PERPIÑA, R. *Algunas consideraciones sobre rigidez y acinesia*. Archivos Médicos de Cirugía y Especialidades. T. 34, 21, 500, 1931.

683. BLANC FORTACIN. *Fractura de la bóveda craneal*. El Siglo Médico. T. 89, 1932.
684. BLANC FORTACIN. *Meningitis serosa*. El Siglo Médico. T. 89, 1932.
685. JAUMANDREU. *Historia de un caso de meningitis cerebral sifilítica*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. VIII, 47, 271-273, 1934.
686. GRESA, A. *Sobre la miopatía pseudo-hipertrófica de Duchenne*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. V, 26, 113-115, 1931.
687. NOGUERA, E. López Albo. *Gaceta Médica Española*. (Sección profesional). IV, 41, 141, 1930.
688. Ibídem.
689. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Una evocación oportuna*. Archivos de Neurobiología. T. XXIX, n.º 3, 261-267, 1966.
690. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (Primera parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, 2, 181-196, 1961.
691. FERNÁNDEZ SANZ, E. *La instalación de Departamentos neuropsiquiátricos en los Hospitales Generales*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, n.º 8, 237-239, 1933.
692. CRÓNICA. *Gaceta Médica Española*. V, 49, 7, 1930.
693. PITTALUGA. *Crónica*. *Gaceta Médica Española*. (Sección profesional). IV, 41, 149, 1930.
694. *¿Cómo acoge el protomedicato español el cambio de régimen?* *Gaceta Médica Española*. (Sección paramédica). V, 56, 233, 1931.
695. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Una evocación oportuna*. Archivos de Neurobiología. T. XXIX, n.º 3, 261-267, 1966, pág. 266.
696. Ibídem., pág. 267.
697. LÓPEZ ALBO, W. *Parasitosis del sistema nervioso central*. (Neuroaxitis parasitarias). *Gaceta Médica Española*. VII, 78, 321-330, 1933.
698. LÓPEZ ALBO, W. *Parasitosis del sistema nervioso central*. (Neuroaxitis parasitarias). *Gaceta Médica Española*. VII, 79, 395-407, 1933.
699. LÓPEZ ALBO, W. *Parasitosis del sistema nervioso central*. Archivos de Neurobiología. T. XII, 821-880, 1932.
700. LÓPEZ ALBO, W. *Parasitosis del neuroeje y de las meninges, producidas por artrópodos, espiroquetos, rizopodos, flagelados y esporozoarios*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, n.º 39, 773-784, 1932.
701. LÓPEZ ALBO, W. *Cisticercosis del neuroeje y de las meninges. Posibilidad de diagnosticarla en vida. Con motivo de dos casos no diagnosticados*. Anales de Medicina Interna. T. I, n.º 10, 849-879, 1932.
702. LÓPEZ ALBO, MENDIZÁBAL, FEIJOO y URQUIOLA. *Cisticercosis racemosa de la base del cerebro (perihipofisaria y periquiasmática), Eosinofilorreaquia y aglucorraquia. (Primer caso diagnosticado en vida en España)*. *Gaceta Médica Española*. 8, 1934.
703. LÓPEZ ALBO, W. y FEIJOO. *Cisticercosis cerebro-meníngea. Aglucorraquia y eosinofilia subaracnoidea. Diagnóstico biológico*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 39, 4, 137, 1936.
704. LÓPEZ ALBO, W. y FEIJOO. *Cisticercosis cerebro-meníngea. Aglucorraquia y eosinofilia subaracnoidea. Diagnóstico biológico. (Cuarto caso diagnosticado en vida en España)*. Archivos de Neurobiología. 16, 257-269, 1936.
705. LÓPEZ ALBO y FEIJOO. *Un caso de meningitis crónica cisticercósica con brotes agudos y eosinofilia subaracnoidea. Diagnóstico biológico*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVIII, 13, 467-468, 1935.
706. LÓPEZ ALBO y FEIJOO. *Paraplejía progresiva y eosinofilia subaracnoidea. Cisticercosis meníngea dorsal*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVIII, 15, 539, 1935.
707. LÓPEZ ALBO, W. *Quiste hidatídico equinocócico encefálico de un muchacho de 10 años*. Actas del 11.º Congreso Nacional de Pediatría. San Sebastián. Diciembre de 1923.

708. LÓPEZ ALBO, W., RÍO HORTEGA, P. y FEIJOO SANTOS. *Un caso curioso de coccidiosis cerebral con el cuadro clínico de un tumor intracraneal operado con éxito. Hallazgo de coccidios en el líquido cefalorraquídeo. Estudio histopatológico.* Libro Homenaje a Marañón. Edit. Paracelso. Larra, 6. Madrid, 1929, 644-667.
709. LÓPEZ ALBO, W. y FEIJOO. *Un nuevo caso de coccidiosis encefálica.* Comunicación a la Reunión de Neuropsiquiatras. Zaragoza, 1930. Archivos de Neurobiología. 5, 1931.
710. LÓPEZ ALBO, W. y FEIJOO. *Coccidiosis encefálica. Acerca de una nueva enfermedad del cerebro humano observada en las provincias de Burgos y Logroño.* Comunicación a la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao, mayo, 1932. Revista Clínica de Bilbao. Agosto, 1932.
711. LÓPEZ ALBO, W. *Coccidiosis encefálica. Acerca de una nueva enfermedad del cerebro humano, producida por el coccidium encephalicum observada en las provincias de Burgos y Logroño.* Conferencia pronunciada en el Colegio de Médicos de Logroño. Junio, 1932. Logroño Médico. N.º 1, julio, 1932.
712. LÓPEZ ALBO, W. *Parasitosis del neuroeje y de las meninges producidas por trematodos.* Estudios Médicos. Septiembre, 1932.
713. LÓPEZ ALBO, W. *Parasitosis del neuroeje y de las meninges producidas por nematodos.* Revista Médica de Barcelona. Sept., 1932.
714. LÓPEZ ALBO, W. *Parasitosis vegetales del neuroeje y de las meninges.* Gaceta Médica Española. VII, 73, 1-9, 1932.
715. LÓPEZ ALBO, W. *A propósito de la etiología de las esclerosis medulares, cordonales, combinadas, familiares, llamadas primitivas (Abiotrofias).* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XIII, 13, 617-629, 1923.
716. *Ibíd.*
717. LÓPEZ ALBO, W. *Mielodisplasia y raquidisplasia. Espina bífida oculta y trastornos médula-radicales.* Archivos de Neurobiología. T. V, núms. 4, 5; 5, 191-262, 1935.
718. LÓPEZ ALBO, W. *Compresión medular por aneurisma de la aorta torácica. A propósito de un caso con paraplejía en flexión y bloqueos manométrico y lipiodorado.* Separata «Biblioteca Lafora» Instituto Arnau de Vilanova. Cátedra de Historia de la Medicina. Madrid.
719. LÓPEZ ALBO, W. *Abolición precoz de las sensibilidades estereognósica discriminadora y vibratoria en la fase parestésica del síndrome médula-anémico.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 39, n.º 9, 339, 1936.
720. LÓPEZ ALBO, W. *Síndromes neuroanémicos.* Revista Clínica de Bilbao. Números 1-2, 1926.
721. LÓPEZ ALBO, W. *Un caso de costillas cervicales y hemiplejía espinal.* Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. I, 131, 1930.
722. LÓPEZ ALBO, W. *¿Esclerosis en placas de tipo óptico puro?* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVII, 39, 1.070-1.074, 1934.
723. LÓPEZ ALBO, W. *Un caso de opticomielitis subaguda. (Enfermedad de Devic).* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVIII, 23, 810-813, 1935.
724. LÓPEZ ALBO, W. *Hematoma y absceso supradurales encefálicos por cabezada de balón.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 38, 15, 539, 1935.
725. *Ibíd.*
726. LÓPEZ ALBO, W. *Abscesos subdurales extraencefálicos.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, 12, 354-356, 1933.
727. LÓPEZ ALBO, W. *Un caso de tumor de la hipófisis. Macrosomía. Síndrome de la pared externa del seno cavernoso. Destrucción unilateral del ala menor del esfenoides.* Gaceta Médica Española. Año III, n.º 25, 79-81, 1928.

728. LÓPEZ ALBO, W. *Un cas de tumeur de l'hypophyse impermeable aux rayon X. (Syndrome de la paroi externe du sinus cavernense).* Revue de Neurologie. N.º 6, 1922.
729. LÓPEZ ALBO, W. *Tumor del nervio acústico y otros procesos de la región ponto-cerebelosa. Diagnóstico diferencial y tratamiento quirúrgico (con motivo de tres casos operados. tumor, quiste, y absceso).* Archivos de Neurobiología. T. II, 97-155, 256-281, 1921, primera parte. Archivos de Neurobiología. T. III, 64-102, 1922, segunda parte.
730. *Ibíd.*
731. LÓPEZ ALBO, W. *Quistes aracnoideos encefálicos. Algunas consideraciones sobre cirugía cerebral.* Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. I, 106-112, 1930.
732. LÓPEZ ALBO, W., FEIJOO, A. y ARAUZAMENDI, S. *Parálisis general infantojuvenil y parálisis general tardía por hereditarios.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 38, 6, 207, 1935.
733. LÓPEZ ALBO, W. *Polineuritis sensitivomotriz arsenical y sifilítica. Diagnóstico diferencial.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVIII, 16, 551-554, 1935.
734. LÓPEZ ALBO, W. *Reumatismo tabetiforme y tabes reumatiforme. Diagnóstico diferencial.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 39, n.º 9, 338-339, 1936.
735. LÓPEZ ALBO, W. *Normalidad del líquido cefalorraquídeo en los procesos sifilíticos del neuroeje.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVIII, n.º 6, 208, 1935.
736. LÓPEZ ALBO, W. *Un caso de la forma sensitiva dolorosa del paludismo.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 38, 6, 207-208, 1935.
737. LÓPEZ ALBO y FEIJOO. *Meningitis herpética.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 39, 9, 339, 1936.
738. LÓPEZ ALBO, W., FEIJOO, A. y GOITIA, D. *Meningitis linfocitaria aguda benigna.* Revista Clínica de Bilbao. Año IX, 4, 187, 1934.
739. EGUILUZ, A. y LÓPEZ ALBO, W. *Un caso de septicemia meningocócica con erupción cutánea. artritis. orquiepidimitis y meningitis.* Gaceta Médica Española. T. VII, n.º 80, 456-459, 1933.
740. LÓPEZ ALBO, W. *Complicaciones nerviosas de la tos ferina.* Anales de Medicina Interna. N.º 4, 453, 1935.
741. LÓPEZ ALBO, W. *Un caso de hemorragia meníngea en un hemofílico.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVII, n.º 42, pág. 1.164, año 1934.
742. LÓPEZ ALBO y FEIJOO. *Poliglobulia. reacción paranoide e intoxicación monóxido-carbonada.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIX, 6, 189-192, 1935.
743. LÓPEZ ALBO, W. *Poliglobulia y disturbios neuropsíquicos. Con motivo de tres observaciones.* Anales de Medicina Interna. 4, 1.119, 1935.
744. LÓPEZ ALBO, W. *Un caso de parálisis post-suérica.* Archivos de Neurobiología. T. XII, 4, 540-542, 1932.
745. LÓPEZ ALBO, W. *Accidentes nerviosos post-suéricos.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 38, 8, 292, 1935.
746. LÓPEZ ALBO, W. *Parálisis tardía del nervio cubital por fractura de la epitroclea curada por la intervención.* Gaceta Médica Española. T. VII, 75, 134-135, 1932.
747. LÓPEZ ALBO, W. *Epilepsia y luxación de hombro.* Archivos de Neurobiología. T. XIV, 1, 89-92, 1934.
748. LÓPEZ ALBO, W. *Un caso de síndrome amiotático postencefálico infantil.* Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 38, 8, 292, 1935.
749. LÓPEZ ALBO, W. *Tratamiento del tortícolis clónico o espasmódico por la sección parcial de la rama externa del nervio espinal.* Gaceta Médica Española. II, 20, 337-351, 1928.

750. LÓPEZ ALBO, W. *Tratamiento de la corea grave por el sulfato de magnesio*. Archivos de Neurobiología. T. XIII, n.º 2, 300, 313, 1933.
751. LÓPEZ ALBO, W. *Un caso de psicosis coreica tratado por violeta de genciana*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 39, n.º 9, 339, 1936.
752. ALDAMA TRUCHUELO, J. M. *Sobre citoarquitectura de la corteza cerebral infantil*. Tesis doctoral. Biblioteca «Marquesa de Pelayo». C. M. N. «Marqués de Valdecilla», Santander.
753. ALDAMA TRUCHUELO, J. M. *Cytoarchitektonik der Groshirnrinde eines 5 jabrigen und eines 1 jabringen Kindes*. Zeit fur Die Gesamte Neurologia und Psy. 1930.
754. ALDAMA TRUCHUELO, J. M. *La afasia verbal de Head*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 1926.
755. ALDAMA TRUCHUELO, J. M. *Contribución al conocimiento histo-patológico de la distrofia muscular progresiva*. Boletín de la Sociedad Española de Biología. 1927.
756. SANCHÍS BANÚS, ALBERCA y ALDAMA. *La forma pseudomiasténica de la triquinosis*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXX, 1927.
757. ALDAMA, J. M. *Encefalitis periaxial de Schilder*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. II, 137, año 1931.
758. ALDAMA, J. M. *Encefalitis periaxial de Schilder*. Gaceta Médica Española. T. VI, n.º 65, 236, 1932.
759. ALDAMA, J., BORREGUERO, A. y SOTO, F. *Quiste cerebral*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. II, 130-131, 1931.
760. ALDAMA, J. *Tratamiento suero-terápico de la esclerosis en placas*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. III, 159, 1932.
761. ALDAMA TRUCHUELO, J. M. *Sobre las hemorragias leptomeningeadas espontáneas del adulto*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. IV, 241-248, 1933.
762. F. SOTO YARRITU. *El fenómeno de Marcus-Gunn*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. IV, 250-257, 1933.
763. PELAZ, E. *Estado de mal epiléptico por hemorragia subaracnoidea secundaria a un alcoholismo agudo en un niño*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. IV, n.º 4, 305-310, 1935.
764. PELAZ, E. *Estado de mal epiléptico por hemorragia subaracnoidea secundaria a un alcoholismo agudo en un niño*. Archivos de Neurobiología. T. XV, n.º 3, 359-365, 1935.
765. PELAZ, E. y PALACIO, J. *Fondo de ojo y tensión arterial retiniana en un estado de mal epiléptico*. Anales de la Casa Salud Valdecilla. T. VI, n.º 3, 231-235, 1935.
766. PELAZ, E. *Sobre el sistema nervioso vegetativo de los epilépticos*. Anales de la Casa Salud Valdecilla. T. V, n.º 6, 497-503, 1934.
767. PELAZ, E. *La dieta cetógena en el tratamiento de la epilepsia genuina infantil*. Anales de la Casa Salud Valdecilla. T. VI, n.º 3, 209-220, 1935.
768. PELAZ, E. *La dieta cetógena en el tratamiento de la epilepsia genuina infantil*. Archivos de Neurobiología. T. XV, n.º 3, 343-358, 1935.
769. DOMÍNGUEZ BORREGUERO, S. A. *Contribución al conocimiento de la esclerosis en placas*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, n.º 33, 653-842, 1932.
770. BORREGUERO, D. A. *Un caso atípico de parálisis general con gomas miliare*.
771. VALENCIANO GAYA, L. José M.^a Villacián, *psiquiatra*. Archivos de Neurobiología. T. XXXVI, n.º 3, 257-264, 1973.
772. Ibídem., pág. 261.
773. VILLACIÁN, J. M. *Nuestros resultados terapéuticos en la parálisis general*. Archivos de Neurobiología. T. XII, n.º 2, 175-184, 1932.
774. VILLACIÁN, J. M.^a. *Piretoterapia por vacuna «Dmelcos» en cuatro casos de parálisis general*. Medicina Ibera. N.º 583, 1929.

775. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (Primera parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 2, 181-196, 1961.
776. AZNAR MOLINA, J. *Semblanza del doctor Gimeno Riera*. Monografía: *El doctor Gimeno Riera*. Publicada por la Institución «Fernando El Católico» de la Excma. Diputación Provincial. Zaragoza, 1945.
777. SAMPIETRO GALLIGO. *Doctor don Joaquín Gimeno Riera*. Gaceta Médica Española. (Sección profesional). T. III, 25, 22-23, 1928.
778. AZNAR MOLINA, J. *Semblanza del doctor Gimeno Riera*. Monografía: *El doctor Gimeno Riera*. Publicada por la Institución «Fernando El Católico» de la Excma. Diputación Provincial. Zaragoza, 1945.
779. Ibídem.
780. Ibídem.
781. SAMPIETRO GALLIGO. *Doctor don Joaquín Gimeno Riera*. Gaceta Médica Española. (Sección profesional). T. III, 25, 22-23, 1928.
782. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Influencia del doctor Gonzalo R. Lafora en el auge de la Neurología patria*. Anales de Medicina y Cirugía.
783. REY ARDID, R. *Siluetas psicológicas de Gimeno*. Monografía: *El doctor Gimeno Riera*. Publicada por la Institución «Fernando El Católico» de la Excma. Diputación Provincial. Zaragoza, 1945, 38 págs.
784. GALÁN BERGUA, P. *Gimeno Riera como literato*. Monografía: *El doctor Gimeno Riera*. Publicada por la Institución «Fernando El Católico» de la Excma. Diputación Provincial. Zaragoza, 1945, 38 págs.
785. SAMPIETRO GALLIGO. *Doctor don Joaquín Gimeno Riera*. Gaceta Médica Española. (Sección profesional). T. III, n.º 25, 22-23, 1928.
786. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (Primera parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 2, 181-196, 1961.
787. AZNAR MOLINA, J. *Semblanza del doctor Gimeno Riera*. Monografía: *El doctor Gimeno Riera*. Publicada por la Institución «Fernando El Católico» de la Excma. Diputación Provincial. Zaragoza, 1945, 38 págs.
788. Ibídem.
789. SUBIRANA, A. *Sur un nouveau cas de syndrome vestibulo-spinal*. Revue d'Oto-neuro-ophthalmologie. N.º 9, 1930, pág. 11.
790. RODRÍGUEZ ARIAS, B. Revue Neurologique. T. 117, 4, 548, 1967.
791. GUTIÉRREZ GÓMEZ, D. *Necrología*. Archivos de Neurobiología. T. XXX, 1, 33-35, 1936.
792. ALBERCA, R. *Neuraxitis ectotropas*. Ediciones Morata. Madrid, 1942, 452 págs.
793. ALBERCA LORENTE, R. *Infección, no supurada, del sistema nervioso. Datos clínicos. Polimorfismo clínico de las infecciones del neuroeje. Formas clínicas de la poliomyelitis epidémica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 34, n.º 36, 817-833, 1931.
794. ALBERCA LORENTE, R. *Infección, no supurada, del sistema nervioso. Datos clínicos*. Archivos de Neurobiología. T. XI, 415-422, 1931.
795. ALBERCA LORENTE, R. *Formas abortivas de poliomyelitis epidémica*. Archivos de Neurobiología. T. XIII, 2, 315-331, 1933.
796. ALBERCA LORENTE, R. *Sobre la encefalomyelitis post-tífica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 36, n.º 12, 346-352, 1933.
797. ALBERCA LORENTE, R. *Contribución al estudio de las «secuelas» de la encefalitis epidémica*. (A propósito de tres casos de Parkinsonismo encefalítico de forma hipertardía). Archivos de Neurobiología. T. XIII, números 4, 5, 6, pág. 1.024, 1933.
798. TOLEDO. *Un caso de cisticercosis cerebral*. Revista Clínica de Bilbao. 7, 374, 1932.
799. DÍAZ EMPARANZA, C. *Un caso de cisticercosis cerebral*. Revista Clínica de Bilbao. 4, 496, 1929.

800. FEIJOO, A. *El líquido céfalo-raquídeo en diversas enfermedades del neuroeje y sus cubiertas*. Mi experiencia sobre doscientos sesenta y seis casos. Tesis doctoral. Publicada en Bilbao. Imprenta, litografía y encuadernación. Casa Dochao. Correo, 19 y Gran Vía, 3, 1926. Presentada en Madrid el 28 de junio de 1926.
801. BARCIA GOYANES, J. J. *Epilepsia traumática con largo período de latencia: operación*. Crónica Médica. Valencia, 34-39, 1932, 15-1-32.
802. BARCIA GOYANES, J. J. *El sueño normal y sus alteraciones*. Crónica Médica. Valencia, marzo, 1930, 197-213.
803. BARCIA GOYANES, J. J. *La Neurología en España*. Archivos de Neurobiología. T. XVIII, 4, 1.059-1.066, 1955.
804. Ibídem, pág. 1.059.
805. Ibídem, pág. 1.066.
806. LÓPEZ IBOR, J. J. *La degeneración espino-cerebelosa*. Crónica Médica. 15 de mayo, 1935, 493-515. Valencia, 1935.
807. LÓPEZ IBOR, J. J. *Neuromielitis óptica ambulatoria*. Ophthalmol. 2, 81, 1935.
808. TORRES LÓPEZ, A. *A propósito de un caso de distrofia muscular*. Trabajos de la Clínica. 159-173, 1933.
809. TORRES LÓPEZ, A. *A propósito de un caso de distrofia muscular*. Gaceta Médica Española. T. VII, 685, 1933.
810. SALMERÓN MORA, P. *La corea de Sydenham como manifestación de la alergia tuberculosa*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVII, n.º 36, 977-988, 1934.
811. Ibídem.
812. ROJAS, L. *Status dysraphicus*. (Un caso). (Aspecto clínico pseudo-encefálico). Archivos de Neurobiología. T. XIV, n.º 4, 599-611, 1934.
813. ORTIZ RAMOS, P. y ORTIZ DE VILLAJOS, J. *La fiebre de Malta en nuestra experiencia neurológica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVIII, n.º 16, 558-563, 1935.
814. ORTIZ RAMOS, P., SALIDO RICO y LAZA PALACIOS. *El líquido cefalo-raquídeo en nuestra experiencia neuropsíquica*. Revista Médica de Málaga. Año XIV, n.º 137, 49-61, 1936.
815. DOMÍNGUEZ LUQUE. *Meningitis parotidea*. Gaceta Médica Española. T. II, n.º 22, 474-475, 1928.
816. NOUVILLAS, P. A. *Nota sobre los estudios recientes en neurosífilis*. El Siglo Médico. T. 94, n.º 4.222, 514-520, 1934.
817. SUBIRANA, A. *Sur un nouveau cas de syndrome vertibulo-spinal*. Revue d'oto-neuro-ophtalmologie. N.º 9, 1930, pág. 11.
818. LARREA. *Compresión medular*. Gaceta Médica Española. T. V, n.º 59, 620, 1931.
819. HERVADA GARCÍA, E. *Los dolores braquiales de origen cerebral*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXII, n.º 15, 387-389, 1930.
820. PÉREZ L. VILLAMIL, J. *El papel del campo sensorial externo en la génesis de las alucinosis visuales. Situación de las alucinosis entre las percepciones*. Archivos de Neurobiología. T. XIII, n.º 1, 1933.
821. SEMPAY, J. A. *El carácter y la forma corporal del epiléptico esencial*. Archivos de Neurobiología. T. XIII, números 4-5-6, 947-968, 1933.
822. RODRÍGUEZ ARIAS, B. *Historia de la Neurología española*. (Primera parte). Archivos de Neurobiología. T. XXIV, n.º 2, 181-196, 1961.
823. CALVO MELENDRO, J. *Sobre equinocosis cerebral*. Archivos Médicos de Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, n.º 11, 313-317, 1933.
824. NOVOA SANTOS y CARMENA VILLARTA. *Sur le mecanisme genétique des réactions du type de la contraction catatonique de Kohnstamm*. Revue Neurologique. Mai, 1933.

825. NOVOA SANTOS, R. *Sobre un nuevo signo observado en los parkinsonianos*. (Extensión pasiva trepidante del antebrazo y de la pierna). Archivos de Neurobiología. T. II, 292-298, 1921.
826. Ibídem., pág. 292.
827. NOVOA SANTOS, R. *Eritromelalgia anestésica y acroeritrosis crónica parestésica con crisis eritromelálgicas*. Archivos de Neurobiología. T. II, 171, 1921.
828. NOVOA SANTOS, R. *Die tonisch-posturalen Reflexe und ihre Klinische Untersuchung*. Med. Klin. N.º 36, 1927.
829. CARMENA VILLARTA, M. y CULEBRAS, A. *Un nuevo tipo de reflejos tónicos. El fenómeno de la post-contracción o contracción catatónica de Kohnstamm*. Archivos de Neurobiología. T. XII, n.º 5, 630-645, 1932.
830. Ibídem., págs. 635 y 636.
831. CARMENA VILLARTA, M. *Electromiogramas reflejos*. Archivos de Neurobiología. T. XIII, n.º 3, 419-444, 1933.
832. CARMENA VILLARTA, M. *Siringomielia con síndrome de Cl. Bernard-Horner*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 34, n.º 27, 630-631, año 1931.
833. JASO ROLDÁN. *Un nuevo caso de polineuritis de origen diftérico en un adulto*. La Medicina Ibera. T. 25, V. II, 124-127, 1929.
834. MOSQUERA SOUTO, F. *Un caso de distrofia muscular progresiva y curvas de glucemia en el mismo*. La Medicina Ibera. T. 25, V. II, 479-483, 1929.
835. JIMÉNEZ DÍAZ, C., SÁNCHEZ CUENCA, B. y GARCÍA DONAS, A. *Estudio sobre la jaqueca habitual*. Anales de Medicina Interna. T. I, n.º 1, 21-43, 1932.
836. Ibídem.
837. JIMÉNEZ DÍAZ y DÍAZ RUBIO. *Sobre dos casos de miastenia minor*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 34, n.º 15, 345-46, 1931.
838. Ibídem.
839. JIMÉNEZ DÍAZ, C. y SÁNCHEZ CUENCA, B. *Observaciones en tres familias de miopáticos*. Gaceta Médica Española. T. V, n.º 54, 310-312, 1931.
840. JIMÉNEZ DÍAZ, J. CAMPS, LÓPEZ RUIZ, F. VIVANCO. *Las creatinurias glucocólica y creatínica como métodos de examen de la función muscular en diferentes enfermedades*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVII, n.º 16, 417-425, 1934.
841. JIMÉNEZ DÍAZ. *Los reumatismos cervicales como causa de estados vertiginosos*. Archivos de Neurobiología. T. XII, n.º 1, 29-38, 1933.
842. Ibídem.
843. SUILS, A. *Un caso interesante de esclerosis en placas*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, 343, 1931.
844. ARJONA TRIGUEROS, E. *Caso interesante de esclerosis en placas*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIV, n.º 3, 71-72, 1931.
845. Ibídem.
846. MARAÑÓN, G. (Trabajos de). Citados en el libro Homenaje a Marañón. Editorial Paracelso. Larra, 6. Madrid, 1929, págs. 1.245.
847. MARAÑÓN, G. *Un nuevo caso de narcolepsia y síndrome hiperpituitario*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXV, 48, 966, 1932.
848. MARAÑÓN, G. *La diabetes insípida y la hipófisis*. Revista Clínica de Madrid. Año VII, n.º 23, 401-413, 1912.
849. Ibídem.
850. Ibídem.
851. Ibídem.
852. MARAÑÓN, G. *Hipófisis y diabetes. Con un estudio especial de la diabetes infantil y gravídica*. Anales de Medicina Interna. V. I, T. I, 45-67, 1932.
853. Ibídem, pág. 47.
854. Ibídem, pág. 53.

855. MARAÑÓN, G. (Trabajos de). Citados en el libro Homenaje a Marañón. Editorial Paracelso. Larra, 6. Madrid, 1929, 1.245 págs.
856. Ibídem.
857. MARAÑÓN, G., COMAS, R. y MICO, S. *Observaciones sobre un caso de ventriculitis meningocócica*. *Gaceta Médica Española*. T. II, n.º 17, 215-217, 1928.
858. MARAÑÓN, G., VÁZQUEZ y GÓMEZ ACEBO. *Síndrome marcoléptico postencefalítico en un individuo macrogenitosómico*. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. 35, n.º 31, 629-30, 1932.
859. MARAÑÓN, G. y MARTÍNEZ DÍAZ. *Ausencias epilépticas postencefalíticas. Ginecomastia*. *Gaceta Médica Española*. T. VI, n.º 64, 220, 1932.
860. MARAÑÓN, G. *Radiculitis por espondilitis mixta. gotosa e infecciosa*. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. 36, n.º 8, 220-222, 1933.
861. MARAÑÓN, G. (Trabajos de). Citados en el libro Homenaje a Marañón. Editorial Paracelso. Larra, 6. Madrid, 1929, 1.245 págs.
862. MARAÑÓN, G. *Esclerosis en placas y opoterapia hepática*. *El Siglo Médico*. T. 91, 144-145, 1933.
863. MARAÑÓN, G. *Corea, tic e incoordinación motora del crecimiento*. *El Siglo Médico*. T. 97, n.º 4.300, 474-477, 1936.
864. MARAÑÓN, G. *La jaqueca*. *El Siglo Médico*. T. 97, n.º 4.305, 610-614, 1936.
865. MARAÑÓN, G. y BLANCO SOLER. *Lipodistrofia cefalo-torácica*. *Endocrinology*. Los Angeles, año X, n.º 2, 1926.
866. MARAÑÓN, G. *Un caso de lipodistrofia progresiva con curiosas alteraciones endocrinas*. *Archivos de Neurobiología*. T. I, n.º 3, 1920.
867. ROCA, A. *Añoranza*. *Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo*. T. III, n.º 13, 51-53, 1929.
868. MARAÑÓN, G. *Corea, tic, e incoordinación motora del crecimiento*. *El Siglo Médico*. T. 97, n.º 4.300, 474-477, 1936.
869. Ibídem.
870. MARAÑÓN, G. *La jaqueca*. *El Siglo Médico*. T. 97, n.º 4.305, 610-614, 1936.
871. BUYLLA, P. *Un caso de cefalea hipofisaria*. *Anales de la Casa Salud Valdecilla*. T. I, 150-151, 1930.
872. BUYLLA, P. A. y SEMPAY, A. *Cefalea hipofisaria y acromegalia juvenil*. *Gaceta Médica Española*. T. IV, n.º 42, 241-244, 1930.
873. BUYLLA, P. *Un caso de cefalea hipofisaria*. *Anales de la Casa Salud Valdecilla*. T. I, 150-151, 1930.
874. GIMENA. *Tratamiento del estado de mal epiléptico por la acetilcolina*. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. 36, n.º 1, 20, 1933.
875. GIMENA. *Tratamiento del estado de mal epiléptico por la acetilcolina*. *Gaceta Médica Española*. T. VII, 301, 1933.
876. GIMENA. *Un caso de fiebre de Malta, supuesto de fiebre ondulante de Bang, con encefalitis probablemente de origen salvársico*. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. 33, 527, 1930.
877. GIMENA. *Paquimeningitis basal sífilítica*. *La Medicina Ibero*. T. XXV, n.º 1, 313-315, 1930.
878. GIMENA. *Meningitis cerebroespinal subaguda de origen sífilítico*. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. XXXV, n.º 28, 649-650, 1931.
879. HEILBRUN, W. y VÁZQUEZ VELASCO, C. *Un caso de esclerosis en placas inicial*. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. 39, n.º 10, 365-366, 1936.
880. LÓPEZ AYDILLO. *Esclerosis en placas de forma aguda*. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. 36, n.º 1, 19-20, 1933.
881. LÓPEZ AYDILLO. *A propósito de un caso de descerebración segmentaria o parcial en una diabética glucosúrica*. *Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*. T. 37, n.º 36, 1.000-1.001, 1934.

882. LAFORA, G. R. *En memoria del profesor Francisco Tello*. Revista Ibys. N.º 12, 201, 1959, pág. 201.
883. LÓPEZ AYDILLO y SEMPÁU. *Síndrome diencefalomesencefálico. Un caso de orgasmo-
lepsia, gelolepsia y narcolepsia postencefalíticas*. Archivos de Medicina, Cirugía y
Especialidades. T. 35, n.º 34, 708, 1932.
884. LÓPEZ AYDILLO y SEMPÁU. *Síndrome diencefálico-mesencefálico. Dos casos de orgas-
molepsia, gelolepsia y narcolepsia*. Anales de Medicina Interna. T. I, 999-1.013,
1932.
885. *Ibíd.*, pág. 1.005.
886. LÓPEZ AYDILLO y MUÑOZ LARRABIDE. *Consideraciones acerca de un caso de
narcolepsia juvenil (tipo Gelineau-Redlich) con macrogenitosomía y equivalentes
epilépticos*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 39, n.º 12,
452-453, 1936.
887. MARTÍNEZ DÍAZ. *Degeneración combinada subaguda de la médula*. Medicina
Ibera. N.º 583, año 1929.
888. MARTÍNEZ DÍAZ. *Semiología del reflejo palmomentoniano*. Archivos de Medicina,
Cirugía y Especialidades. T. 35, n.º 39, 790, 1932.
889. *Ibíd.*
890. MARTÍNEZ DÍAZ. *Estado comitial e hiperpituitarismo*. Archivos de Medicina,
Cirugía y Especialidades. T. 37, n.º 34, 948, 1934.
891. *Ibíd.*
892. MARTÍNEZ DÍAZ y BELTRÁN. *Atrofia muscular de origen sífilítico*. Archivos de
Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 39, n.º 3, 106, 1936.
893. MARTÍNEZ DÍAZ y MUÑOZ LARRABIDE. *Acromegalia y diabetes insípida*. Archi-
vos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 39, n.º 2, 73, 1936.
894. RATERA y RODRÍGUEZ CANO. *Esclerosis en placas tratada por radioterapia*. Ar-
chivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 37, n.º 24, 663-664, 1934.
895. RATERA, J. *Un caso de esclerosis en placas clínicamente curado por roentgenterapia*.
El Siglo Médico. T. 93, n.º 4.192, 402-406, 1934.
896. RODA y LÓPEZ MORALES. *Cavidad congénita de cerebelo*. Gaceta Médica Espa-
ñola. T. VI, n.º 62, 98-99, 1931.
897. RODA y VÁZQUEZ. *Enfermedades de Friedreich y diabetes insípida*. La Medicina
Ibera. T. 24, n.º 2, 650-651, 1929.
898. RODRÍGUEZ CANO. *Epilepsia Jacksoniana por tumor hipofisario*. Archivos de
Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 37, n.º 23, 637-638, 1934.
899. TURINA y MENA. *Meningitis meningocócica*. Archivos de Medicina, Cirugía y
Especialidades. T. 39, n.º 10, 369, 1936.
900. VÁZQUEZ. *Exploración del sistema neuro-vegetativo*. Archivos de Medicina, Ciru-
gía y Especialidades. T. 34, n.º 29, 683, 1931.
901. VÁZQUEZ VELASCO, C. *Exploración del sistema nervioso vegetativo*. Anales de
Medicina Interna. T. I, 427-456, 1932.
902. VÁZQUEZ. *La exploración del sistema nervioso vegetativo*. Archivos de Neurobio-
logía. T. XIV, 5, 789-794, 1934.
903. VÁZQUEZ. *Los reflejos vegetativos en clínica*. Archivos de Neurobiología. T. XIII,
99-116, 1933.
904. VÁZQUEZ. *Los reflejos vegetativos en clínica*. Archivos de Neurobiología. T. XII,
112, 1932.
905. VÁZQUEZ. *Exploración del sistema neurovegetativo*. Arch. Med. Cir. y Esp. T. 34,
n.º 29, 683, 1931.
906. VÁZQUEZ y XIMENA. *Un caso de parálisis pseudobulbar pura. (9-3-29)*. La
Medicina Ibera. 1929.
907. VÁZQUEZ y SEMPÁU. *Esclerosis lateral amiotrófica con alteraciones sensitivas*. Ar-
chivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVI, 13, 387, 1933.

908. VÁZQUEZ y HEILBRUN. *Atetosis doble idiopática*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXIX, n.º 5, 178, 1936.
909. ENRÍQUEZ DE SALAMANCA, F. *Síndrome talámico de forma hemiálgica pura*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 35, 55-56, 1932.
910. SIMONEMA, A. *Dos casos de narcolepsia*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 34, 1.149, 1931.
911. SIMONEMA, A. *Hemiatrofia facial adquirida*. Los Progresos de la Clínica. II, 1913.
912. RODRÍGUEZ CANDELA, J. L. *Algunas consideraciones acerca de un caso de epilepsia*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVII, 865-867, 1934.
913. BAÑUELOS, M. *Patología y clínica del sistema nervioso vegetativo*. Manuel Marín, editor. Provenza, 273, 1935, 463 págs.
914. Citado por Barraquer, Gispert y Castañer. *Tratado de enfermedades nerviosas*. Salvat. Barcelona, 1936.
915. BAÑUELOS, M. *Nuevos estudios sobre el reflejo celiocardiaco*. Separata Biblioteca Lafora, 1919. Instituto Arnal. de Vilanova. Facultad de Medicina. Madrid.
916. *Ibidem*.
917. BAÑUELOS, M. y ALCÁZAR, R. *Estudio comparativo desde el punto de vista de su frecuencia y modalidad de los reflejos óculo-cardíacos de Aschner y naso-cardíaco de Hering y Kretschmer*. Separata Biblioteca Lafora, 1919. Instituto Arnau de Vilanova. Facultad de Medicina. Madrid.
918. ANDREU URRÁ, J. *Contribución al estudio de la fisiopatología del infundíbulo*. Sobre la regulación nerviosa del metabolismo basal. Anales de Medicina Interna. I, 945-978, 1932.
919. ARCE. *Importancia e interpretación patogénica de la participación del sistema nervioso en la infección ourliana*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 39, 399-400, 1936.
920. ARCE (M. y F.) y RIVERA, E. *Craneografía de los tumores del encéfalo*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Tomo XXXIX, 333-334, 1936.
921. LAGUNA, C. *Un caso de paraplejía por tumor cerebral*. Gaceta Médica Española. T. VI, 283, 1932.
922. LAGUNA SERRANO, C. *Contribución al estudio de los falsos tumores cerebrales*. Gaceta Médica Española. III, 214-220, 1929.
923. GRANDA, A. DE LA, VEGAS, F. y FONS, A. *Ecuación que puede utilizarse para el conocimiento de la regulación fisiopatológica del líquido cefalorraquídeo*. El Siglo Médico. 95, 558-561, 1935.
924. GONZÁLEZ ALVAREZ, M. *Guía en el tratamiento de las meningitis meningocócicas*. Congreso Nacional de Pediatría (San Sebastián, sept., 1923). Publicada por: Tipog. y Encuad. del Asilo del Niño Jesús. Madrid, 1923, 43 págs.
925. DÍAZ GÓMEZ, E. *Un nuevo método de tratamiento de los tumores cerebrales*. La Medicina Ibera. 603, 1929.
926. DÍAZ GÓMEZ, E. *Neo-plasia cerebral de fosa posterior. Hidrocefalia interna del lado izquierdo por oclusión de agujero de Monro. Lipiodol intraventricular*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 36, 233, 1933.
927. DÍAZ GÓMEZ y TORRIJOS. *Contribución al estudio clínico de las Hidrocefalias*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 39, 454-455, 1936.
928. PIULACH, P. *Sobre la neurofibromatosis. (Enfermedad de Recklinghausen)*. Los Progresos de la Clínica. 40, 469-477, año 1932.
929. PUIG SUREDA y TOLOSA COLOMER. *Meningioma parasagital con síndrome de irritación de la corteza motora. Operación. Curación*. Gaceta Médica Española. Tomo VII, 77, 305-306, 1933.
930. MARÍN AMAT, M. *Tumores malignos del aparato de la visión*. El Siglo Médico. 90, 4.115, 1932.

931. ESPADA, M. y VILA CORO, A. *Stasis papilar*. Revista Catalana de Psiquiatria i de Neurologia. T. I, n.º 1, 20-51.
932. CASTRESANA, B. y CASTRESANA, A. *El síndrome quiasmático*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 35, 87-90, 1932.
933. BERTRÁN CASTILLO, F. *Neuritis retrobulbar por sinusitis esfenoidal*. Fascículo impreso por: Imprenta del Colegio Nacional de sordomudos y ciegos. Paseo de la Castellana, 69. Madrid, 55 págs.
934. PEYRI, A. *La reacción del Benjui coloidal en la neurosífilis*. Treballs de la Societat de Biologia. Vol. 9, 67-79, 1922.
935. PEYRI, J. *Comentarios acerca de un caso de mal perforante plantar*. Gaceta Médica Española. Vol. V, 52, 192, 1931.
936. PEYRI, A. *Oportunidad de la terapéutica intrarraquídea en la sífilis nerviosa*. Revista de Medicina y Cirugía. T. XXXVI, 8, 1922.
937. PEYRI, J. M. *Algunas cuestiones resueltas y los problemas a resolver en la sífilis por el bismuto. Casos comprobados con Neo-trepol*. Folleto publicado por imprenta de Torrealba y Bezares. Logroño, 1924.
938. UMBERT. *Las nuevas ideas sobre la parasífilis*. Imprenta «Atlas Geográfico». Barcelona, 1921, 164 págs.
939. CÁRDENAS. *Poliomielitis anterior sífilítica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. 37, II, 52, 1934.
940. BENAVENTE. *Sífilis medular precoz*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXXVII, 51, 1.416, 1934.
941. BENAVENTE. *Tratamiento de saturación salvarsánica de la sífilis nerviosa*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 39, 6, 207, 1936.
942. DE BÁRCENA, J. M.^a. *Nuevas orientaciones en el tratamiento de la sífilis. Suero orgánico específico del doctor Querry. Observaciones personales*. Tipografía Cuesta. Valladolid, 1921.
943. BEJARANO y ROBLEDO. *Pseudotabes diftérica*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 39, 8, 293-294, 1936.
944. ALBALADEJO, L. *Poliomielitis anterior aguda. Estado actual de esta enfermedad en España*. Revista de Sanidad e Higiene Pública. Año X, 7, 2-32, 1935.
945. TAPIA, M. *Estudio clínico de la epidemia de poliomielitis de Madrid en 1929*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. I, 167-168, 1930.
946. ANGUERA. *La terapéutica cerebro-espinal basada en las modernas teorías de la permeabilidad meníngea*. Gaceta Médica Española. T. V, 52, 195, 1931.
947. LAZO GARCÍA, S. *Medicina militar española en el Rif*. Los Progresos de la Clínica. T. II, 1913.
948. SÁNCHEZ LUCAS. *Desarrollo de las hemorragias cerebrales*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. V, 6, 508-509, 1934.
949. TAPIA. *Una observación más de hemiparálisis de la laringe y de la lengua sin parálisis del velo*. Revista Clínica de Madrid. I, 451-452, 1910.
950. LÓPEZ AREAL. *Hemorragia meníngea en una púrpura con cardiopatía valvular*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. T. VI, n.º 2, 84-86, 1935.
951. USANDIZAGA, M. y CORTIGUERA, J. *Hemorragia cerebral y embarazo a término*. Anales de la Casa de Salud Valdecilla. II, 174-177, 1931.
952. SOLER i ROIG. *Paraplejía por tumor medular. Operació. Guariment*. Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. T. VII, 49, 367-373, 1934.
953. VALDÉS LAMBEA. *Sobre el tratamiento intrarraquídeo de la meningitis tuberculosa por medio de la sanocrisina*. Gaceta Médica Española. T. II, n.º 15, 143, 1928.
954. MEANA NEGRETE, F. *El síndrome parkinsoniano postencefalítico*. Tesis doctoral. Publicada en los números correspondientes a marzo, abril y mayo, de 1925 en Los Progresos de la Clínica.
955. MEANA, F. *El Metabolismo basal en los estados postencefalíticos*. Archivos de Endocrinología y Nutrición. T. II, n.º 11, 1924.

956. BRAVO DÍEZ CAÑEDO. *Hipotensión del L. C. R. en cirugía*. El Siglo Médico. 91, 4.128, 70-71, 1933.
957. P. DE PETINTO, M. *Nota sobre los aneurismas miliars*. Boletín de la Sociedad Española de Biología. Año IX, 38, 171-174, 1920.
958. P. DE PETINTO, M. *Encefalopatías de la infancia*. La Medicina Ibara. 582, 1929.
959. TORELLO, M. *Diagnóstico diferencial entre los procesos agudos meningoencefalíticos con el L. C. R. claro*. Gaceta Médica Española. T. VII, 78, 346-349, año 1933.
960. MARTÍNEZ VARGAS. *Concepto de las meningitis no fímicas*. Revista Clínica de Madrid. T. VI, n.º 16, 121-146, 1911.
961. TOMÉ Y BONA, J. M. *Historia de las neurorrecidivas*. El Siglo Médico. 96, 4.276, 574-578, 1935.
962. GONZÁLEZ DELEITO, F. *Las causas de la jaqueca esencial*. El Siglo Médico. 94, 4.223; 542-545, 1934.
963. ESCOBAR MANZANO, F. *Contribución al estudio de la encefalitis epidémica*. Actualidad Médica. 61, 1930.
964. ESCOBAR BORDOY, J. *La afasia, según las doctrinas de Dejerine y de Marie*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. XXV, n.º 10, 441-466, 1926.
965. CARRASCO, E. *Sobre las nuevas orientaciones patogénicas de la meningitis cerebro-espinal. Sintomatología de las meningococcemias con localización meníngea tardía*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. T. I, 3, 225-229, 1920.
966. CAÑIZO, A. DEL. *Contribución al estudio del síndrome extrapiramidal*. Congreso de Salamanca. Asociación Española para el progreso de las Ciencias. (Discurso inaugural de la S. 7.^a), págs. 201-271.
967. *Ibidem*.
968. CAÑIZO, A. DEL; D'ORS, J. P. y ALVAREZ SALA, J. L. *Contribución al estudio de la enfermedad de Friedreich*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 37, 44, 1.204-1.215, 1934.
969. CAÑIZO, A. DEL; D'ORS, J. P. y ALVAREZ SALA, J. L. *Contribución al estudio de la enfermedad de Friedreich*. Archivos de Neurobiología. T. XIII, 1.025-1.052, 1933.
970. GÓMEZ Y MERINO, E. *Concepto patogénico actual de la epilepsia con aplicación a su tratamiento*. Editorial «Publicaciones de Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas». Gráfica Universal. Madrid, 1932, 75 págs.
971. SANCHÍS PERPIÑA, V. *Mal perforante plantar y sistema nervioso simpático*. Los Progresos de la Clínica. 44, 173-185, 1936.
972. SALAS, J. y SOLÍS, J. *La permeabilidad meníngea según el método de Walter*. Anales de Medicina Interna. T. I, n.º 10, 891-915, 1932.
973. GORRIZ y RAGUT. *La neuromenografía en la demencia parálitica*. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española. T. XIX, 409, 1932.
974. DÍEZ FERNÁNDEZ, C. *Síndrome extrapiramidal palúdico*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 34, 17, 382-384, 1931.
975. GARCÍA GARCÍA. *Enfermedad de Parkinson sin lesión en núcleos centrales con hipertiroidismo*. El Siglo Médico. T. 91, n.º 4.137, 293-296, 1933.
976. FERNÁNDEZ VEGA, J. A. *¿Enfermedad de Wilson o forma atípica de Parkinson?* Gaceta Médica Española. T. IV, 42, 230-262, 1970.
977. ALVAREZ SALA, J. L. y DÍAZ FLÓREZ, J. M. *El trauma psíquico en la etiología de la enfermedad de Parkinson*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 37, 16, 426-429, 1934.
978. CHACÓN, E. *Consideraciones acerca de un caso de encefalitis gripal*. Anales del Hospital de San José y Santa Adela. 5, 71-75, año 1934.
979. PÉREZ MORENO, B. *Sobre un caso de encefalitis letárgica*. El Siglo Médico. 93, n.º 4.193; 435-439, 1934.

980. GONZÁLEZ SUÁREZ. *Encefalitis melitocócica*. Gaceta Médica Española. T. V, 57, 505-506, 1931.
981. ZAMARRIEGO, F. *Cuatro casos de meningitis meningocócica*. Anales de la Academia Médico-Quirúrgica Española. XX, 265-284, 1933.
982. ROMEO, A. *Meningitis neumocócica*. Revista Clínica de Madrid. T. I, págs. 452-455, 1910.
983. ALVAREZ SÁINZ DE AJA, E. *Un caso de varicela-zona simultáneos y una pequeña epidemia de zóster*. El Siglo Médico. T. 91, 4.139, 349-350, 1933.
984. ORTEGA Y GARCÍA. *Tres casos de parálisis facial en el zona (forma epidémica)*. Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades. 32, 10, 258-260, 1930.
985. COVISA, J. S. *Un caso curioso de sífilis medular*. Revista Clínica de Madrid. T. VI, 23, 413-420, 1911.
986. GONZÁLEZ SUÁREZ, J. *Rarezas clínicas de sífilis*. (Polineuritis. Fractura por goma y parálisis de la lengua). Medicina Ibero. 582, 1929.
987. GONZÁLEZ SUÁREZ, J. *Anemia perniciosa con degeneración combinada subaguda de la médula espinal*. Gaceta Médica Española. T. VII, 73, 63, 1932.
988. LLUESMA URANGA. *Un caso de tumor cerebral con diagnóstico de localización estrictamente clínico*. El Siglo Médico. 89, 1932.
989. ROS, A. *Neuritis retrobulbar por intoxicación saturnina*. La Medicina Ibero. T. II, 25, 169-172, 1929.
990. GONZÁLEZ SUÁREZ, J. *Anemia perniciosa con degeneración combinada subaguda de la médula espinal*. Gaceta Médica Española. T. VII, 73, 63, 1932.
991. TORRES ORDAX, C. *Sobre un caso de afasia postraumática*. Los Progresos de la Clínica. N.º 38, 837-840, 1930.
992. TOMÉ BONA, J. M. y PEÑA MÁRQUEZ, A. *Algunas consideraciones con motivo de un caso de enfermedad de Recklinghausen*. El Siglo Médico. 95, 4.235, 166-168, 1935.

INDICE DE AUTORES

- Abaunza: 126, 149.
 Achúcarro: 66, 67, 68, 69, 70, 72, 74, 75, 76, 78, 216.
 Agulló: 97.
 Alamán: 163.
 Albaladejo: 276.
 Alberca: 69, 82, 94, 97, 106, 126, 129, 236, 244.
 Aldama de Llano: 235.
 Aldama Truchuelo: 66, 69, 82, 94, 97, 126, 129, 234, 236, 243.
 Aliberch: 163.
 Alonso Muñoyerro: 265.
 Alvarez Sainz de Aja: 285.
 Alvarez Sala: 284.
 Alzina i Melis: 210.
 Ancochea: 193.
 Andreu Urra: 270.
 Anguera: 276.
 Arce, G.: 271.
 Arjona Trigueros: 258.
 Auber, Alejandro: 37.
 Azoy: 193.
 Bañuelos: 239, 269, 270.
 Bárcena: 275.
 Barcia Goyanes: 166, 246.
 Barraquer Bordás: 46, 155, 159, 161, 163, 164, 166.
 Barraquer Ferré: 47, 52, 54, 55, 62, 63, 64, 150, 155, 156, 157, 158, 159, 163, 164, 165, 166, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 196.
 Barraquer Roviralta: 19, 40, 41, 42, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 55, 56, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 150, 152, 155, 157, 158, 159, 162, 173, 174, 175.
 Bassols: 163.
 Bea: 163.
 Bejarano: 276.
 Beltrán: 265.
 Benavente: 275.
 Bernal, Manuel: 40.
 Bertrán Castillo: 274.
 Bertrán y Rubio: 19, 27.
 Beydil, A.: 274.
 Blanc Fortacin: 215.
 Borreguero: 97, 126, 235, 236, 237, 251.
 Bueno Ituarte: 126, 249.
 Buisen, Serafín: 141, 150.
 Busquet: 83, 196.
 Bustamante: 97, 106, 126, 245.
 Buylla: 265.
 Cabrera: 97.
 Calandre, Luis: 83, 141, 178.
 Calvo Melendro: 250.
 Camps: 257.
 Cañadell: 163.

Cañizo del A.: 281.
 Capó: 201.
 Cardenal: 63.
 Cárdenas: 275.
 Carmena Villarta: 253, 254, 255.
 Carrasco C.: 281.
 Carulla: 163.
 Catasús: 193.
 Casellas: 163.
 Castanyer: 163, 165, 166.
 Castresana: 274.
 Civera Salsé: 44.
 Clotet: 64, 209.
 Coma Fabres: 193.
 Corachán Gracia: 213.
 Corachán Llor: 163, 171, 202, 213.
 Corpus Barga: 86.
 Covisa: 285.
 Crous y Casellas: 24.
 Cuatrecasas: 62.
 Cubí i Soler: 21.
 Culebras: 253, 254.

 Chacón: 284.

 Díaz Emparanza: 245.
 Díaz Flórez: 284.
 Díaz Gómez: 138, 273.
 Díaz Rubio: 257.
 Díez Cañedo: 279.
 Díez Fernández: 284.
 Dolsa: 22.
 Domínguez Luque: 248.

 Enríquez de Salamanca: 269.
 Escalas: 196.
 Escardó: 97, 126, 149.
 Escobar Bordoy: 281.
 Escobar Manzano: 281.
 Escriú Arraut: 214.
 Escuder Núñez: 71.
 Espada: 274.
 Estapé: 63, 211.

 Falcó: 273.
 Feijóo: 226, 232, 245.
 Fernández Sanz: 67, 69, 70, 107, 130,

131, 133, 134, 150, 217.
 Fernández Vega: 284.
 Fernández Victorio: 150.

 Galán: 242.
 Galcerán Granés: 153, 196, 209, 210.
 García Barón: 217, 220, 221.
 García Donas: 256.
 García García: 284.
 Gayarre: 278, 141, 146, 216.
 Germain: 68, 97, 141, 142, 149.
 Gimeno Alava: 152.
 Gimeno Riera: 241, 242.
 Giner de los Ríos: 77.
 Gispert: 163, 165, 166, 214.
 Gómez: 97.
 Gómez y Merino: 282.
 González: 97.
 González Alvarez: 272.
 González Deleito: 141, 150.
 González de Leito: 281.
 González Mancús: 163.
 González Suárez: 284, 285.
 Gorriz: 283.
 Gracia: 72.
 Granda: 272.
 Grau: 163.
 Gresa: 163, 215.
 Guiga: 126.
 Guilly: 65.
 Guiter: 64.
 Gutiérrez, Diego: 97.
 Gutiérrez Gómez: 243.

 Heilbrun: 265, 266.
 Hernando: 269.
 Hernando, Teófilo: 125, 128.
 Hervada García: 250.
 Hildegart: 87.
 Huertas: 141, 146.
 Humbert: 275.

 Jareño: 97.
 Jaso Roldán: 255.
 Jaumandreu: 215.
 Jimena: 265.
 Jiménez Díaz: 253, 256, 257.
 Jiménez, Juan Ramón: 77.

Jorro Azcune: 210.
Juarros: 69, 141, 146.
Julián: 243.
Juncosa: 179, 200, 201.
Justo Gonzalo: 97, 141, 146.

Lafora: 66, 67, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89, 93, 94, 98, 100, 101, 102, 103, 106, 108, 109, 110, 113, 139, 176, 178.
Laguna: 272.
Lamotte de Grignon: 193.
Larrea: 249.
Laza Palacios: 248.
Lázaro y Adradas: 25, 30, 34, 36.
Lazo García: 277.
Letamendi: 85.
López Albo: 66, 67, 130, 201, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 225, 226, 227, 230, 232, 234, 238.
López Areal: 278.
López Aydillo: 97, 107, 259, 265, 266.
López García: 112.
López Ibor: 247.
López Morales: 265.
López Ruiz: 257.
Lorenzo, T.: 213.

Llavero: 68, 70, 97, 98.
Llopis: 97, 126.
Lloveras Camino: 193.
Lluesma Uranga: 286.

Madariaga, Salvador: 86.
Madinabeitia: 75.
Marañón, Gregorio: 52, 61, 76, 82, 84, 85, 89, 124, 125, 126, 128, 216, 253, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 267.
Marí: 163.
Marín Amat: 274.
Martí Villalta: 44, 63.
Martín, Ricardo: 25.
Martínez Díaz: 259, 262, 265, 266.
Martínez Vargas: 280.
Masó Barraquer: 230.
Maza, Pedro: 215.
Meana Negrete: 279.
Mena: 97, 265.
Mendizábal: 226.
Mesonero Romanos: 133, 141, 150.

Mira López: 180, 182, 183, 192, 196.
Molina: 97.
Mosquera Souto: 253, 256.
Mouriz: 71.
Moyeda: 270.
Muñoz Larrabide: 265, 266.

Negrín: 178.
Nieto: 126, 149.
Noguera, E.: 216.
Nouvelas: 249.
Novoa Santos: 253, 254.

Obach Cirera: 193.
Obrador, Sixto: 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 79, 97, 141, 142, 143, 144, 145.
Odoriz: 145.
Olivares: 126.
Oliveros: 97.
Olmo del: 97.
Oller Daurella: 205.
Oriol: 163.
Ortega: 97.
Ortega y García: 285.
Ortega y Gasset: 71, 77, 80, 83.
Ortiz Ramos: 248.
Ortiz de Villajos: 248.

Palacio: 237.
Pardo Urdapieta: 61.
Pastor y Contreras: 21, 24.
Pedro Pons: 63, 160.
Pelaz: 235, 237.
Peña Márquez: 286.
Pereyra, Carlos: 82, 92, 93, 113.
Pérez Casañas: 64, 215.
Pérez Moreno: 284.
Pérez Valdés: 83.
Pérez Villamil: 250.
Perpiñá Robert: 215.
Petinto: 280.
Peyrí: 275.
Piga: 87.
Pigem: 163.
Piulach: 273.
Pons Balmes: 179, 200.
Pons Tortella: 193.
Portillo del, Ramón: 141, 147.
Pozas: 253.

Prados Such: 66, 67, 68, 69, 70, 88, 97, 109, 142, 144.
Puig Sureda: 273.

Rahola: 64.
Ramón y Cajal: 66, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 80, 82, 88.
Ratera: 265, 267.
Raúl de Montaud: 77, 136, 138.
Raventós: 63.
Rey Ardid: 68, 70, 97.
Ribas: 63.
Río Horteiga: 66, 67, 72, 74, 88, 89, 91, 92, 113, 125, 129, 178.
Robert Yarzabal: 28, 29, 41.
Roca: 215.
Roca i Muner: 64.
Roca de Viñals: 193.
Roda: 265, 267.
Rodríguez Arias, A.: 193.
Rodríguez Arias, B.: 46, 61, 62, 63, 66, 70, 71, 82, 87, 130, 136, 143, 150, 151, 152, 154, 160, 166, 176, 178, 179, 181, 182, 183, 191, 194, 195, 196, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 213, 215, 217, 222, 243, 249.
Rodríguez Candela: 269.
Rodríguez Cano: 265, 267, 268.
Rodríguez Somoza: 97, 250.
Rojas Ballesteros: 97.
Rojas, L.: 248.
Román: 97.
Romeo: 285.
Romeo Lozano: 272.
Ros A.: 286.
Rosel: 25.
Rubiano: 141, 148.
Ruiz Lara: 160, 163.

Sacristán: 66, 77, 87, 141, 148, 178.
Saforcada, Manuel: 182.
Salarich: 45, 48.
Salas, J.: 283.
Salazar: 23.
Salido Rico: 248.
Salmerón: 247.
Sampietro: 242.
Samsó Díes: 193.
Sánchez Cuenca: 256, 257.
Sánchez Lucas: 277.

Sanchís Banús: 66, 69, 71, 74, 79, 94, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130.
Sanchís Perpiñá: 283.
Sanmartín, Alejandro: 25.
San Sebastián Chamosa: 227.
Santodomingo: 97.
Sarró: 85, 179, 209, 213.
Sempau: 250, 265.
Serrano Sanz: 25.
Sigwald, J.: 65.
Simarro Lacabra: 67, 72, 73, 75, 77, 78.
Simarro Puig: 193.
Simonema: 88, 106, 269.
Solé Llenas: 193.
Soler i Roig: 278.
Soto Yarritu: 235, 236, 237, 251.
Suárez, G.: 286.
Subirana: 44, 150, 152, 196, 197, 204, 205, 206, 208, 215.

Tapia: 277.
Tapia, M.: 276.
Tello: 66.
Toledo: 245.
Tolosa Colomer: 64, 179, 193, 202, 209, 211, 215.
Tomé Bona: 286.
Tomé Ibona: 280.
Torelló: 280.
Torra Pareda: 163.
Torras Ordax: 286.
Torres López: 247.
Toruella Font: 163.
Toruella Pausas: 163.
Troyano: 97, 126.
Turina: 265, 268.

Unamuno, Miguel: 75, 77.
Urquiola: 226.
Usandizaga: 278.

Valdés Lambea: 278.
Valenciano: 67, 68, 71, 82, 83, 84, 86, 91, 94, 97, 100, 112, 113, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 138, 143, 239.
Vallejo Nájera: 66, 69, 87, 88, 139.

Van Bogäert: 56.
Varela de Seijas: 126, 141, 147.
Vázquez: 97, 262, 265, 266, 268.
Vega: 97.
Vega Goicoechea: 193.
Vila Badó: 163, 193.
Vila Coro: 193, 274.
Vilariño: 87.
Vilató: 197.
Vilumara: 209.
Villa: 97.
Villacián: 238, 239, 240.

Villaverde: 66, 68, 69, 70, 88, 93, 106,
146.
Vivanco, F.: 257.

Ximena: 265.

Zamarriego: 285.
Zotes Cadenas: 25.